FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 24 décembre 1903 à 1 heure

PAR

S. ZENTLER

Né à Bucarest le 25 novembre 1875
Ancien externe des Hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance Publique
Ancien interne du Dispensaire Furtado-Heine

La Fièvre Syphilitique secondaire

Président : M. DIEULAFOY, *professeur.*
Juges : MM. DEBOVE, *professeur.*
TROISIER et ACHARD, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
H. JOUVE
15, rue Racine, 15
—
1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL.
	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MathiasDUVAL
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et sypilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
	PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef. des travaux anat.)	
DUPRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES TRÈS CHERS PARENTS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BROCQ

Permettez-moi, mon cher maître, de vous dédier ce travail inaugural comme un imparfait témoignage de mon affection et de ma profonde reconnaissance.

ZENTLER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR BROCQ

(Hôpital Broca).

MONSIEUR LE DOCTEUR TUFFIER

(Hôpital Beaujon).

MONSIEUR LE DOCTEUR LESAGE

(Maison municip. de santé).

MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO

(Maison municip. de santé).

A MONSIEUR LE DOCTEUR LENGLET

Affectueux souvenir.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. REDARD

Chirurgien en chef du Disp. Furtado-Heine.

Hommage respectueux et reconnaissant.

PRÉFACE

Nous avons conseillé à M. Zentler de prendre ce sujet de thèse parce que depuis près de huit ans que nous sommes à l'hôpital Broca nous n'avons, à notre grand étonnement, observé que très rarement de la fièvre de nature vraiment syphilitique, alors que certains auteurs classiques la considèrent comme fréquente.

Nous n'avons pas dit à M. Zentler « cherchez et vous ne trouverez pas » : nous lui avons dit seulement de chercher et de juger.

Un jour, M. Zentler est venu nous dire qu'il était fort ennuyé de n'avoir à publier pour ainsi dire aucun cas bien net de fièvre syphilitique.

Nous l'avons encouragé à poursuivre ses recherches, pensant qu'il finirait par en trouver des cas indiscutables ou tout au moins, qu'il pourrait, par une analyse serrée et logique, établir la réalité des faits publiés. Il résulte, de ce que nous venons de dire que ses conclusions sont uniquement dues à sa libre interprétation des faits examinés ; il a abordé l'étude de ce sujet sans idées préconçues, plutôt même avec l'espoir d'arriver à des résultats positifs.

Son travail nous paraît donc à la fois très important et digne de sérieuse attention. Il confirme l'opinion que nous nous sommes peu à peu faite, grâce à une longue observation clinique, de la rareté de la fièvre syphilitique vraie.

Nous demandons à nos confrères d'observer de nouveau, sans parti pris, en tenant compte de tous les éléments du problème.

Ce mémoire n'est qu'un ensemble de documents : mais ils sont consciencieux et scientifiques.

Il faut désormais reprendre cette question sur ces bases. Toute observation ancienne incomplète ou peu précise doit être laissée de côté.

Dr Louis Brocq

Médecin de l'hôpital Broca.

Division du sujet.

I. — La première partie de ce travail comprend :

a). *Les différentes observations sur lesquelles on a basé l'existence de la fièvre syphilitique.*

b). *Les conclusions sur la fièvre syphilitique d'après M. Fournier et ses élèves.*

c). *La fièvre syphilitique des accoucheurs.*

II. — Dans la deuxième partie, nous présenterons les résultats de nos recherches personnelles.

a). *Étude critique sur la fièvre syphilitique symptomatique.*

b). *Étude critique sur la fièvre syphilitique diathésique.*

c). *Description de la typhose syphilitique.*

d). *Indications thérapeutiques.*

III. — Conclusions.

La fièvre syphilitique secondaire

HISTORIQUE

Jusqu'à la fin du quinzième siècle on considérait la syphilis comme une maladie apyrétique ; la plupart des médecins de l'époque avec Nicolas Léonicène (1497) croyaient que les malades atteints de mal français » ne présentent aucune réaction fébrile ; la petite vérole peut être différenciée, croyait-on, de la grande vérole justement par cette absence de réaction fébrile.

C'est Jean de Vigo (1514) qui le premier parle incidemment d'une « petite fièvre » qui vient parfois se surajouter aux manifestations extérieures de la vérole. Les idées de Vigo ont été reprises en Angleterre par Hunter (1786). Dans son *Traité sur les maladies vénériennes* (1), Hunter distinguait en

1. Hunter. « A Treatese on the vénéreal diseas », 1786, Trad. de Richelot, notes de Ph. Ricord.

dehors de la fièvre syphilitique symptomatique, (des manifestations banales de la vérole), fièvre déjà décrite par Vigo, une autre variété de fièvre syphilitique, idiopathique (diathésique du professeur Fournier), fièvre qui cède au traitement mercuriel.

Plus tard Swediaur considérait la fièvre comme une des manifestations prodromiques de la période secondaire : « autant que le virus syphilitique existait dans le système du corps produise des éruptions de la peau ou d'autres effets visibles, les malades sont attaqués d'une fièvre de l'espèce lente avec pouls faible et accéléré. »

Au commencement du siècle dernier Bassereau (1) (1832) insiste sur la fréquence de la fièvre et précise son moment d'apparition, après le contact impur. Ricord, Vidal de Cassis et Bazin ne parlent qu'incidemment de la fièvre syphilitique. En 1845 De Castelnau publie dans les *Annales de Dermatologie*, deux observations sur la fièvre syphilitique : dans sa deuxième observation, cet auteur dit « dans le cas actuel des symptômes généraux ont donné des lésions locales, mais l'état général fébrile a survécu et constitué la maladie générale... »

En Allemagne, Guntz (2), se fondant sur une série de recherches thermométriques, publie un

1. Bassereau. « Traité des affections de la peau », 1832, Paris.

2. Guntz. « Varge's zeitschrift neue Folge », 1863, II, III, p. 123.

mémoire en 1863 sur la fièvre chez les syphilitiques à la période secondaire. Il distingue la fièvre continue de la fièvre rémittente. Mais déjà avant Guntz, M. Carthy, dans sa thèse inaugurale (Paris 1847), divisait la fièvre en continue, rémittente, etc. Dix années après la publication du mémoire de Guntz, Hutchinson (1) dans une de ses leçons, en exposant la loi de Colles, fait des allusions lointaines à la fièvre de la période secondaire. Enfin toujours en Angleterre, Haygarth (2) publie une observation de fièvre chez un syphilitique qu'une fièvre syphilitique proprement dite.

Brenner dans le *Nord med. Archiv.*, 1875, n° 30, constate la très grande fréquence de la fièvre et il trouve 19 cas fébriles sur 20 dans la période secondaire.

Dans son *Traité sur la syphilis*, M. Lancereaux consacre quelques pages à l'étude de la fièvre syphilitique prodromique de la période secondaire. Cet auteur divise la fièvre syphilitique secondaire en trois groupes : *a*) Variété dans laquelle la fièvre disparaît en même temps que l'éruption se montre, rappelant la courbe thermique de la variole ; *b*) variété dans laquelle la fièvre persiste même plus violente quand l'éruption apparaît, rappelant la scarlatine ; *c*) variété dans laquelle la fièvre per-

1, Hutchinson. « Medic. Times and Gazette », 1876, p. 135.
2, Haygarth. « Medic. Phys. Jour. », 1860.

siste plus ou moins amendée comme dans la rougeole.

Mais c'est surtout le Professeur Fournier qui, dans ces dernières années, étudie d'une façon détaillée les différentes variétés de la période secondaire, sa fréquence, son mode d'apparition, sa durée, etc. Dans les *Leçons sur la syphilis*, il consacre un chapitre à part, à cette manifestation de la vérole et il divise la fièvre en idiopathique et symptomatique ; M. Fournier est l'inspirateur successif des différentes thèses publiées par ses élèves : nous allons citer ces différents travaux par ordre chronologique :

Ignold (Thèse de Paris) ; Courtaux (Th. de Paris, 1871) ; Mustapha Feud (Th. de Paris, 1855) ; Antonini (Th. de Paris, 1879) ; Pernin (Th. de Paris, 1877), Morin (Th. de Paris, 1888) et enfin Vialaneix (Th. de Paris,) 1889.

Si les observations sont très nombreuses, dans ces différents travaux, il faut remarquer que l'esprit général est toujours le même, que les répétitions ne sont pas très rares, les faits sont analysés trop rapidement ou incomplètement ; on peut dire qu'au point de vue rigoureusement scientifique, la plupart de ces observations ne peuvent pas tenir debout. La classification du Professeur Fournier nous paraît un peu trop schématique ; nous croyons que malgré l'abondance des observations publiées, on ne peut pas tirer des conclusions générales. D'ailleurs nous consacrons un chapitre à part à l'analyse de ces différentes observations.

Une fois que la fièvre syphilitique a été schématisée et décrite, les faits se multiplient de plus en plus, tant en France qu'à l'étranger. On trouve dans le *Bordeaux Médical* (1877) une observation due à M. Vergely. M. Potain (1) étudie dans une de ses leçons, le cas d'une fièvre syphilitique chez une femme tuberculeuse ; dans ses leçons cliniques de l'hôpital Cochin, M. Bucquoi (2) examine les fièvres survenues chez les syphilitiques à la période secondaire. A la même époque M. Duflocq (3) présente à la Société clinique des hôpitaux deux observations ; il s'agissait de deux malades syphilitiques secondaires présentant l'aspect objectif de la dothiénentérie ; le diagnostic différentiel d'après cet auteur se fait surtout par le traitement mercuriel. Enfin M. Dehoux (4) publie une observation, dans la *Tribune médicale*.

Dans la littérature étrangère, les observations quoique nombreuses, ne constituent qu'une adaptation aux faits signalés par le professeur Fournier ; car exception faite pour le travail de Von Duhring, la plupart des auteurs étrangers ne font qu'adopter les statistiques du clinicien de Saint-Louis ;

1. Potain. « Gaz. des hôpit. », 1878, p. 961.

2. Bucquoi. « Revue de Thérap. médico-chir. », 1879, p. 253 et 390 ; « Gaz. des hôpit. », 1876, p. 843.

3. Duflocq. « Courrier médic. », 1833, p. 428. « France médic. », 1883, p. 292.

4. Dehoux. Sur un cas de fièvre syphilitique. « Trib. médic. », p. 363, 1888.

Vajda (1) publie en 1875 une *Revue critique sur la fièvre syphilitique*. De même Ahleman dans sa thèse inaugurale (Greifswald, 1875), ne fait que répéter les travaux de Guntz et Fournier ;

Dans le *Wratch* de 1881 nous trouvons une observation due à Petrovsky. Nous avons examiné l'observation publiée par Farriolo (2), observation très concise qui manque de certains détails indispensables pour prouver la nature syphilitique de la fièvre.

En Italie les publications ne sont pas très nombreuses ; nous trouvons le travail d'Andronico (3), et les observations de Barduzzi (4).

Depuis quelques années, l'étude de la fièvre syphilitique a été reprise en Angleterre : Philips (5), et Fergusson (6), ont rapporté plusieurs observations.

Enfin récemment Basset-Smith et Williams (7), ont rapporté un cas de fièvre syphilitique essentielle, de la période secondaire : Pour ces auteurs il s'agit d'une fièvre syphilitique essentielle chez un malade

1. Vajda. Ueber das syphil. fieber. Vrtljschr. dermatol., 1875.

2. Farriolo. « Rev. des Sc. méd. de Barcel », 1881.

3. Andronico. « Febra sifilitico. Speriment, de Firenze, p. 1886. p. 628.

4. Barduzzi. «Sul' ipertermia sifilitico. Bull. de sc. méd. de Siene. » 1887, p. 836.

5. Philips. « Br. med. soc. London, » 1888.

6. Fergusson. « Journ. vener, diseases: » 1884.

7. Williams. « Lancet, London », 1900, II, p. 1803.

qui ne présentait aucune des manifestations extérieures de la période secondaire. Le diagnostic est très difficile entre la syphilis, la tuberculose et la malaria. Ils concluent que dans ces formes le traitement ioduré est beaucoup supérieur au traitement mercuriel.

Mais parmi toutes les publications faites à l'étranger, il n'y a que le travail de Von Duhring (1), sur la syphilis qui présente pour nous un certain intérêt ; Von Duhring dit : « La fièvre dans la période, secon-
« daire dépasse rarement 38°, à cette ascension
« vespérale fait suite une chute matinale au degré
« normal et cette ascension vespérale ne se cons-
« tate ordinairement que pendant 3 à 4 jours et elle
« se montre rarement plus de 8 jours, et plus loin.
« Quand cette fièvre se prolonge plus de 8 jours
« il faut penser à la possibilité d'une étiologie autre
« que la syphilis. »

Parmi les travaux récents sur la fièvre syphilitique, nous pouvons encore citer le travail de M. Étienne (2), l'observation de Condamin (3), suivie de laparatomie, et une leçon clinique du Professeur Dieulafoy (4), sur la syphilis et la tuberculose.

1. Von Duhring. « Syphilis. » Trad. de Léon Derville., p. 97, 1898.

2. Étienne. « Arch. génér. de méd. Paris. » 1900, p. 2811. Fièvre typhoïde dans le cours de la syphilis.

3. Condamin. « Lyon, médic. » 1900.

4. Dieulafoy, « Trib. médic. » 1901 2, S. p. 245 et 247.

M. Carrière (1), professeur agrégé à Lille, vient de publier dernièrement une monographie complète sur la typhose syphilitique. Dans la thèse de son élève Bournoville (Thèse de Lille, 1901), nous trouvons deux remarquables observations sur lesquelles nous avons basé l'étude de la typhose syphilitique.

Pour terminer, disons en passant que certains accoucheurs ont décrit une fièvre syphilitique, *post-partum* : Leblond (11), publie une observation de fièvre syphilitique idiopathique ; mais comme le font très bien remarquer Combes dans sa thèse, et Charpentier dans son traité d'accouchements, ces observations de fièvre syphilitique deviennent de plus en plus rares avec le progrès de l'antisepsie ! Est-ce une simple coïncidence ?

1. Carrière. « Gaz. des hôp. », 1901,
2. Leblond. « Bull. méd. », 1890.

CHAPITRE I

(A) Documents sur lesquels on a basé les idées au cours sur la fièvre syphilitique.

La fièvre existe dans la syphilis comme elle existe sans syphilis, dans la vie de malades qui subissent des auto-intoxications gastro-intestinales et hépatiques, comme elle existe au cours des infections péri-utérines. Elle s'accompagne d'arthralgie, mais le gonocoque est si difficile à déceler chez la femme, qu'il a pu les avoir bien suivi, de myalgies, mais la myalgie n'est-elle pas le phénomène de tous les états infectieux un peu brusques dans leur apparition? Elle est boulimique, et Lourcine n'est-il pas le séjour de beaucoup d'affamés? Elle a beaucoup de caractères singuliers ; elle n'en a aucun qui lui soit propre, on la voit précéder le traitement et l'éruption, apparaître en pleine éruption au cours du traitement, on voit aussi que des fièvres syphilitiques, se sont produites chez des malades dont la syphilis n'était pas prononcée.

cée. Et à la lecture de toutes ces observations, il vient un doute profond, on voudrait entendre parler du poumon, de l'intestin, du foie, des reins, de l'utérus, des fébricitants, on ne trouve à la place de la saine notion que fournirait le viscère interrogé, que l'affirmation de faits qu'il faut accepter, faute de les pouvoir contrôler ou qu'il faut rejeter faute de les trouver contrôlés.

Il est possible que les syphilitiques aient une raison de plus que d'autres malades d'avoir la fièvre ; mais cette raison n'explique presque aucune de leurs poussées thermiques, dont la cause demeure ce qu'elle serait de malades atteints de toute autre affection.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Courteaux).

Service du professeur Fournier

A..., Marie, âgée de 23 ans, est entrée le 5 janvier, elle présente une angine syphilitique. Pas de traitement antérieur.

Etat actuel (5 janvier). — Papules muqueuses des grandes lèvres et de la partie supéro-interne des cuisses; au niveau des petites lèvres on constate des érosions à base indurée dues aux chancres primitifs.

Roséole.

Ulcérations anales profondes. Chancres simples.

La polydpsie est très marquée.

Traitement. — La malade prend 2 pilules de protoïodure à 0,05 centigrammes.

Malgré le traitement, il y a de l'insomnie, de la céphalée et un appétit exagéré.

1er mars. — Apparition de la fièvre ; la température est de 39°2, le pouls 104.

2 mars. — Etat stationnaire

3 mars. — Ce matin, apyrexie complète ; la vulve est saine.

Remarque. — Nous faisons remarquer que la malade à été mise au traitement le 5 janvier et que sa fièvre a paru le 1er mars.

Que cette fièvre a duré 48 heures.

Que l'examen de la malade est incomplet.

OBSERVATION III (Courteaux).

Service du professeur Fournier.

La malade Apoline S..., âgée de 18 ans, est entrée à l'hôpital le 12 janvier 1869 dans le service de M. Fournier, à Lourcine.

Etat actuel. — Chancres syphilitiques multiples siégeant sur les petites et grandes lèvres et sur le pourtour de l'anus.

Pas de traitement général.

1er février. — Apparition des phénomènes secondaires avec malaise, courbature, céphalée et fièvre vespérale, exagération de l'appétit, soif très vive, la malade mange continuellement.

Traitement. — On prescrit 1 pilule de protoïodure de 0,05 centigrammes.

8 février. — La température axillaire est de 37°, le pouls de 100.

Du 8-15 février. — Apparition des arthralgies multiples au niveau des coudes, genoux, poignets ; douleurs musculaires périostoses frontales.

Traitement. — On prescrit 2 pilules de protoïodure.

18 février. — Amélioration au point de vue de la fièvre, en même temps les douleurs articulaires, la céphalée, etc., ont disparu.

Remarque. — Mêmes observations en ce qui concerne la boulimie. Et l'examen génital ? Et l'examen somatique ? Les arthralgies multiples sont explicables par la gonococcie possible.

OBSERVATION IV (Courteaux).

Service du professeur Fournier.

R..., âgée de 23 ans, entre à l'hôpital le 25 mai 1869.

A l'examen, on trouve plusieurs chancres simples et syphilitiques à la vulve.

8 juin. — Apparition d'une roséole papuleuse ; céphalée, boulimie très marquée ; mais la malade raconte que depuis le 14 mai jusqu'à sa rentrée, elle présentait de la fièvre ; la température était de 38° cette fièvre se calme le 26 mai. En somme 12 jours de fièvre.

En résumé. — Il y a une coïncidence d'un appétit vorace avec des phénomènes fébriles.

Et en plus, la conservation de l'état humide de la langue,

L'auteur termine son observation :

« Un traitement spécifique avait été formulé à cette malade « dès le début des phénomènes secondaires ; s'il n'en a pas « été question dans le cours de cette observation, c'est que, « lors de sa sortie, cette femme avoua qu'elle n'avait jamais « pris une seule des pilules ni potions qu'on lui avait pres- « crites ».

Remarque. — La boulimie s'explique fort bien par le milieu social de la malade.

La malade « raconte » sa fièvre. Les doutes sont très possibles chez une malade qui ne prend pas son traitement.

OBSERVATION V (Courteaux).

Service du professeur Fournier.

V..., Anna, 28 ans, entrée dans le service de M. Péan, le 16 janvier 1869, à Lourcine pour une vaginite et des chancres mous.

29 janvier. — Violent frisson unique, avec une température de 39°, pouls 130.

La peau est très chaude. Pas de toux. Rien sur le reste du corps.

30 janvier. — Nouveau frisson. Céphalée.

3 février. — Fièvre, frissons, apparition d'une roséole.

5 février. — Apyrexie.

6-7-8-9 février. — Apyrexie. Réparation vulvaire.

14 février. — Apparition d'une névralgie faciale ; réapparition de la fièvre.

Le traitement institué par le protoïodure ne donne rien.

Remarque. — C'est un cas de fièvre chez une malade qui n'est pas du tout syphilitique. Elle ne présente aucun antécédent syphilitique. Inutilité du traitement spécifique.

OBSERVATION VII (Courteaux)

Service du Professeur Fournier

R..., 18 ans, entrée le 19 janvier 1869, à l'hôpital Lourcine, dans le service du professeur Fournier.

19 janvier. — Au niveau de la fourchette et à l'entrée du vagin, on constate la présence de deux ulcérations ayant l'aspect des chancres simples.

Une adénite inguinale gauche douloureuse.

Ecoulement vaginal abondant.

Pas de phénomènes généraux.

23 janvier. — Apparition d'une fièvre. La température est de 38°.

On ne constate aucune éruption sur le corps.

30 janvier. — Réparation avancée des chancres. Céphalée. Température de 39°, le pouls 100.

17 février. — On ouvre un abcès dans le triangle de Scarpa.

24 février. — Apparition des syphilides sur la face ; apparition des plaques sur la langue ; douleurs thoraciques.

26 février. — Douleurs dans le coude et les épaules, céphalée, T. 38°.

On institue un traitement avec des pilules de protoïodure. La fièvre disparaît.

Remarque de Courteaux. — « Il y a eu pourtant des chancres « simples et chancre infectant ; ce sont les phénomènes généraux et, la fièvre notamment, qui ont donné l'éveil sur la « syphilis alors qu'aucun phénomène extérieur n'existait ».

Remarque. — On ouvre un abcès dans le triangle de Scarpa ; et la fièvre de suppuration ?

Et l'écoulement vaginal abondant ?

OBSERVATION X (Courteaux).

Service du Professeur Fournier.

Céline G..., 20 ans, entre à Lourcine le 25 mai 1879, dans le service du professeur Fournier.

25 mai. — Syphilides papuleuses saillantes de la marge de l'anus et du périnée.

Syphilides opalines des amygdales.

Syphilides maculeuses du tronc.

On institue le traitement : 1 pilule de protoïdure de 0,05 centigr.

12 juin. — Brusquement apparition d'un grand malaise et inapétence. La température est de 40°, le pouls 132 le matin, et le soir de 40° et 136 pulsations.

13 juin. — La malade a déliré la nuit. Même état.

La température est de 38° ; pouls 112.

14 juin. — Arthralgies. — T. 38°, pouls 112. Sueurs et délire nocturnes.

15 juin. — Amélioration notable. Sa température est de 37°, le jour et 38°,le soir.

21 juin. — Etat général bon.

Remarque. — La fièvre apparaît après 18 jours de traitement. Durant 10 jours son action a été nulle ? L'arthralgie de quelle nature était-elle? Et la blennorrhagie ? Et l'exploration des autres viscères ? Et le toucher ?

OBSERVATION de Morin (Thèse de Paris, 1888).

Service du professeur Fournier.

Rosalie G..., 21 ans, couturière, entre le 14 *septembre* 1887 à l'hôpital St-Louis dans le service de M. Fournier ; les antécédents personnels sont nuls ; réglée à 15 ans toujours régulièrement, aucune maladie vénérienne antérieure.

La malade se présente à la consultation pour une éruption généralisée surtout le corps, la face, et particulièrement sur le front, en ce dernier point l'éruption est constituée par des petites vésicules rappelant l'herpès ; quand on regarde de plus près l'aspect objectif donne plutôt l'idée d'une éruption variolique, l'éruption a le même caractère sur le nez et sur l'avant-bras. M. Fournier pense tout d'abord à la variole, la malade était atteinte d'une fièvre intense ; la peau était brûlante le pouls rapide, le facies terreux l'air hébété, la langue est grisâtre au milieu et rouge sur les bords, la céphalée est intense. En découvrant le tronc, l'éruption diffuse change de caractère ; elle est papuleuse en certains points, en d'autres papulo-squameuse, notamment sur le haut du dos et de la poitrine ; sur le ventre elle est simplement papuleuse de couleur cuivrée ; dans l'aine gauche ; on trouve un volumineux ganglion qui met sur la voie du diagnostic.

A l'examen de la vulve, on voit les deux petites lèvres tumé-

fiées, la droite est plus volumineuse que la gauche, les deux petites lèvres sont tuméfiées, rouges, douloureuses, elles répandent une odeur caractéristique ; on trouve à la commissure vulvaire inférieure une plaie sanguinolente de base indurée, à bords déchiquetés dont l'examen est douloureux et difficile, c'est le chancre initial.

Le début de tout cela remonte environ au 1er janvier.

Le lendemain de son entrée, céphalalgie, inappétence, insomnie, langue saburrale, pas de diarrhée, pas d'épistaxis, pas de vomissements.

L'amaigrissement est considérable, il y a eu un peu d'agitation pendant la nuit et un peu de prostration à certains moments de la journée. La température de la veille était de 39°, le pouls 96.

Comme traitement : potion au bromure et iodure de potassium, frictions mercurielles et localement la liqueur de Labaraque et poudre d'oxyde de zinc.

Le 17 janvier. — L'éruption frontale est totalement modifiée ; l'état général s'est considérablement amélioré ; la céphalalgie a diminué, la malade dort.

Le 25 janvier. — La malade sort par mesure disciplinaire ; l'état est le même : elle se plaint cependant de froid aux mains et aux pieds, la fièvre est complètement tombée.

Remarque. — Pourquoi cette fièvre apparaît-elle si tard, vers le 9e mois ?

La durée de la fièvre coïncide comme dans les observations suivantes avec une époque où les épidémies de grippe ne sont pas rares (du 1 au 15 janvier).

Pas d'examen des organes. Pas de diagnostic différentiel.

Les conclusions précises sont impossibles.

OBSERVATION V

(Thèse de Morin)

Service du professeur Fournier.

F..., Léonie, 22 ans. Modiste. 14 décembre 1887.

Entrée le 14 décembre 1887 à l'hôpital Saint-Louis, service du professeur Fournier.

Femme forte et bien constituée; elle n'avait jamais eu aucune maladie vénérienne ni autre jusqu'à il y a un an; c'est à cette époque qu'elle fait remonter le début de sa maladie bien que le chancre ait passé inaperçu. Elle présente sur le tronc et le cou des syphilides papulo-squameuses le tout a débuté il y a six semaines environ par la face.

Elle présente en outre des ulcérations spécifiques sur les amygdales, la langue, la lèvre inférieure; à la face interne des deux cuisses on trouve des placards circinés sous forme de bandes sinueuses larges de 1/2 cm., circonscrivant des intervalles sains et formés des papules juxtaposées.

Ces accidents ont débuté il y a six mois, époque à laquelle la malade n'avait pas de maux de gorge. Croûtes du cuir chevelu, adénopathie cervicale en résolution, l'amaigrissement est

considérable, l'appétit est notablement accru, l'asthénie est peu marquée. Céphalalgie il y a deux mois avec des douleurs d'oreilles, douleurs dentaires qui persistèrent pendant trois semaines surtout la nuit empêchant le sommeil.

Actuellement la malade dort bien, il n'y a pas de fièvre. Comme traitement : pilule de protoïodure, gargarisme et chlorate de potasse.

19 décembre. — Le matin, la malade se plaint d'avoir eu de la fièvre pendant la nuit.

Le thermomètre à l'aisselle n'accuse que 37°. Elle souffre d'une sensation générale de froid, mais principalement aux bras et dans le dos.

21 décembre. — La malade dit encore avoir eu un accès violent de fièvre pendant la nuit; le matin la température est normale, le pouls à 72.

Le sommeil a été bon, boulimie, la sensation de froid est pénible, syphilides vulvaires et persistance des lésions linguales.

23 décembre. — Sensation de froid généralisée, algidité des pieds et des mains, la paume des mains est morte ; dans la nuit de 25 à 26 la malade se sent fort indisposée, la température axillaire est de 39°, le matin la fièvre est tombée.

30 décembre. — Température le matin 39° et 37° le soir.

2 janvier. — Température 38° le soir.

3 janvier. — Température de 39° le soir.

7 janvier. — La malade sort, son état n'est pas modifié.

17 janvier. — Revient à la consultation exactement dans le même état.

Remarque. — Dans cette observation comme dans

la plupart des observations publiées par les élèves de M. Fournier, nous trouvons de la boulimie; cette boulimie n'est-elle pas physiologique? Fièvre hivernale. Pas de diagnostic différentiel, pas d'examen des organes.

OBSERVATIONS, dues à M. E. Gaucher, médecin des hôpitaux.

d'après la thèse de Bournoville.

I

Au mois d'août 1881, dans le service de M. Bucquoi où j'étais interne, j'ai observé un jeune homme de 23 ans qui avait été reçu à la consultation comme atteint de fièvre syphilitique probable.

Les symptômes constatés furent de la céphalalgie, de la diarrhée, de la stupeur, de l'insomnie avec subdélire nocturne. La langue était saburrale. Il y avait de la fièvre avec exacerbation vespérale. Cet état morbide remontait à une huitaine de jours. En examinant le malade on découvrit une roséole discrète sur le tronc et l'abdomen et un chancre en voie de cicatrisation sur le gland. Il n'y avait pas d'épistaxis ni de bronchite, mais un peu de ballonnement du ventre. Le malade fut mis au traitement spécifique et les phénomènes typhoïdes disparurent.

II

Au mois de mars 1884, j'ai observé un homme de 30 ans qui présentait à peu près les mêmes symptômes que le précédent : céphalalgie, langue sale, fièvre avec exacerbations vespérales, diarrhée, agitation, délire nocturne, ballonnement du ventre.

On diagnostiqua d'abord une fièvre typhoïde, d'autant plus que le ventre présentait quelques macules rosées qu'un examen plus approfondi fit reconnaître comme un début de roséole syphilitique. Le malade avait en effet sur la peau un large chancre couvert d'une croûte noirâtre et accompagné d'un engorgement ganglionnaire inguinal. Le traitement spécifique eut promptement raison de ces accidents d'aspect typhoïdique.

III

Au mois de juillet 1884, je fus appelé en consultation par un confrère pour voir une femme de 27 ans, qui était gravement malade depuis une quinzaine de jours ; cette femme avait une céphalalgie violente avec stupeur, agitation et délire nocturne ; la fièvre était continue et la température irrégulière atteignant parfois 40°. Il y avait des alternatives de diarrhée et de constipation, du ballonnement du ventre, mais pas d'épistaxis, pas de bronchite, et cependant de la dyspnée. Le médecin traitant hésitant entre une fièvre typhoïde et une gra-

nule en penchant vers le dernier diagnostic, car le père de la malade est mort poitrinaire. J'hésitai moi-même assez longtemps quand, en examinant avec soin, je découvre au-dessus du coude gauche 2 papules squameuses cuivrées dont la nature spéciale me semblait évidente ; mon confrère partagea mon opinion et sans faire aucune question à la malade, donna des pilules de Dupuytren et 2 grammes de INa par jour. Huit jours après cette femme était guérie, et au bout de 15 jours elle venait me remercier.

Remarque. — Ces trois observations sont insuffisantes.

La fièvre est possible, mais une conclusion précise est impossible à tirer à cause de :

1° Absence de la courbe thermique.

2° Pas de diagnostic différentiel.

3° On n'a pas fait de toucher vaginal dans la dernière observation.

OBSERVATION de Monier (Thèse de Bordeaux, 1872)

I

La nommée Louise S..., 21 ans.

Antécédents. — Père vivant, mère morte de tuberculose, frères et sœurs bien portants.

27 décembre. — Dans la journée, la malade fut prise sans

symptômes apparents, de frissons répétés, elle s'alite immédiatement ; le soir, la température axillaire était de 39°, le pouls petit, régulier, rapide (95), la faiblesse est très accentuée, l'abattement est profond ; elle se plaint de douleurs de tête violentes, de bourdonnements dans les oreilles, de vertiges ; interrogée, elle déclare que depuis cinq six jours, elle mangeait avec moins d'appétit et qu'elle était très lasse.

Le foie, la rate, les urines sont normaux.

28 décembre. — Même état. Température 38°3. Insomnie nocturne, sueurs profuses, céphalée intense, langue saburrale, anorexie, envies de dormir.

Pas d'épistaxis, pas de taches, pas de gargouillements. On pense à la fièvre typhoïde et on donne du sulfate de quinine et des boissons rafraîchissantes. Le soir la température est de 39°3, le pouls 100.

29 décembre. — Insomnie et délire nocturne. Céphalée moins violente, faiblesse, apparition de taches d'apparence lenticulaire. Température de 39° (matin), 39°3 (soir).

30 décembre. — L'état s'améliore, le température est de 38°6 ; ni gargouillements, ni douleurs dans la fosse iliaque droite ; l'appétit est nul ; langue moins sale ; en même temps apparaissent des syphilides papuleuses, une adénopathie inguinale gauche ; la céphalée persiste, la température du soir est de 39°. On supprime le sulfate de quinine.

31 décembre (au 5e jour de la maladie). — La nuit a été plus tranquille Température 38°. Appétit revient.

Taches plus grandes ont envahi le thorax et les membres inférieurs, la température est 39°4.

1er janvier. — Disparition de tous les symptômes. L'éruption est complète.

Traitement. — Protoïodure de mercure, 0,05 et iodure de potasse 1 gramme.

Jusqu'au mois de mars l'éruption se généralise très intense, sans fièvre.

Remarque. — Coïncidence bizarre, comme dans la plupart des fièvres syphilitiques, elle apparaît au mois de décembre. Le début et la courte durée de la maladie rappelle la grippe. La fièvre disparaît avant que le traitement soit institué.

II

J. R..., âgée de 20 ans, entre à l'hôpital le 28 mars.

15 mars. — Depuis un mois, la malade se plaint de céphalée, de perte d'appétit, et la température est de 39° 5.

16 mars. — Vu l'habitus de la malade on peut croire à la fièvre typhoïde.

Sur l'abdomen l'éruption est rosée, lenticulaire, sur les cuisses existent des papules semblables ; sur les lèvres on trouve quelques plaques muqueuses, et on songe à la nature syphilitique de l'éruption. La langue est blanche et saburrale les amygdales volumineuses et rouges. Les cheveux s'arrachent facilement. Il existe une adénopathie généralisée.

Traitement. — Tous les symptômes ont disparu après 18 jours de traitement spécifique ; la température est devenue normale.

Remarque. — Observation très incomplète dans

laquelle une fièvre de nature indéterminée disparaît en 18 jours de traitement. Temps amplement suffisant à la disparition de toute forme légère chez un sujet normal.

On ne peut dire si la fièvre commence avant pendant ou après le traitement.

III

Le 24 mai. La nommée I. K..., 25 ans, brocheuse, entre à l'hôpital Saint-André ; elle présente des papules mamelonnées à la marge de l'anus et à la partie interne des cuisses, du psoriasis palmaire et des plaques opalines sur les amygdales. Traitement de protoïodure.

10 juin. — Abattement de la malade, malaise, céphalée inappétence. La peau est chaude et la température est de 40°5 le matin avec un pouls de 130 et 40°5 le soir et le pouls 115. La céphalée est atroce ; rien au cœur et aux poumons.

12 juin. — *Arthralgie*. La température est de 38°5, le pouls 110. Il existe des vertiges, éblouissements, céphalée.

14 juin. — Délire, température 38°.

15 juin. — Amélioration de l'état général.

22 juin. — Plus de fièvre. La malade sort.

Remarques. — La fièvre syphilitique apparaît 15 jours après le traitement, son influence a été nulle. On a noté l'arthralgie sans rechercher le gonocoque. Pas de diagnostic différentiel. Pas de toucher. Pas d'exploration des viscères. La conclusion précise est impossible.

IV

M. E.., journalier, entre à l'hôpital St-André le 5 avril pour de violents maux de tête survenus depuis huit jours. Il éprouve des vertiges, vomissements, diarrhée, épistaxis, de la fièvre. La langue est blanche et sale. Pas de ballonnement du ventre. La fosse iliaque est douloureuse.

En outre il présente une éruption assez confluente, de taches rosées, assez larges, peu saillantes, étendues sur tout le ventre et disparaissant sous le doigt pour reparaître ensuite.

La température est de 40° l'état du malade paraît être absolument celui d'un typhique. On trouve à la racine de la verge une cicatrice surmontant une plaque indurée et présentant l'apparence d'un chancre récent.

Il existe des ganglions dans l'aine et des plaques sur les piliers et les commissures des lèvres.

Le 6 avril. — La température descend à 39°.

Le 7 avril. — La température est de 40°.

Le 9 avril. — La température est de 40°.

} Mais malgré cette fièvre le malade n'est pas abattu.

Le 15 avril. — Un peu de congestion à la base des poumons.

Le 18 avril. — La température tombe à 37°.

Remarque. — Pas d'examen des autres organes ; pas d'examen génital ; pas de diagnostic différentiel.

Et le traitement, quand et comment a-t-il été institué ?

Peut-être qu'il s'agissait d'un embarras gastrique, d'une typhoïdite?

OBSERVATION de M. Condamin.

(*Lyon Médical*, 1900).

Une jeune femme entre avec le diagnostic d'appendicite justifiée par le point de Mac Burney et une température de 39°.

Pas d'empâtement dans la fosse iliaque, pas de douleurs vives. Temporisation de l'opération pendant 3 semaines, mais la température se maintient et comme la malade présente un frisson on croit à un abcès malgré l'absence de l'empâtement.

On fait une laparotomie : le péritoine l'appendice et le cœcum sont sains, mais on trouve, au point de l'abouchement de l'intestin grêle dans le cœcum, une plaque jaunâtre qui était probablement un ganglion.

Le lendemain la température tomba et les douleurs cessèrent.

Mais quelques jours après apparurent des plaques muqueuses buccales et anales.

La malade fut immédiatement soumise au traitement mercuriel.

Remarque. — Quel fut l'effet du traitement.

Quelle était la part des accidents péritonéaux ? La coïncidence des 2 affections est possible.

OBSERVATION de Morel Lavallée.

Service du professeur Fournier. *Annales de Dermatologie*, 1887, novembre.

P..., Madeleine, 24 ans, couturière, entre à l'hôpital St-Louis le 19 septembre 1887, dans le service du professeur Fournier.

23 octobre. — Les chancres sont cicatrisés. Il ne reste que du gonflement à la moitié droite de la lèvre supérieure ; les ganglions sous-maxillaires sont gros et sensibles. Mais cette malade qui paraissait mieux comme état général et semblait avoir engraissé se plaint depuis quelques jours d'un abattement très marqué, avec céphalalgie violente et tenace qui l'empêche de faire un mouvement. En même temps il y a un état fébrile continu et ascendant depuis plusieurs jours déjà.

La prostration est très nette. Nous pensons au début de la typhose secondaire décrite par M. Fournier. La malade est atteinte de constipation et comme traitement on prescrit des frictions mercurielles et 2 grammes de iodure de potassium.

4 novembre. — L'abattement est considérable : la céphalée est moindre, les douleurs abdominales seulement à la pression et périvésicales. La fièvre continue faiblement, le type est rémittent. La langue humide sans enduit saburral. Le ventre est

douloureux surtout dans la région iléocœcale ; mais il est plutôt rétracté.

Des taches cutanées. La roséole s'efface pour faire place à quelques papules grosses comme des têtes d'épingles siègeant au ventre et au thorax : ce sont absolument les taches typhoïdiques sauf qu'elles sont plus restreintes. Pas d'adénopathie généralisée.

6 novembre. — On pratique le toucher vaginal pour explorer et voir d'où vient la douleur périvésicale ; légère sensibilité dans les culs-de-sac latéraux sans tuméfaction ni chaleur : le col est volumineux.

8 novembre. — Persistance de l'état pseudo-typhoïde, mais la température a disparu.

La fièvre a fléchi sous l'influence de 2 grammes d'antipyrine, néanmoins la fièvre persiste. La langue est presque normale, l'appétit nul ; constipation persistante ne cède qu'aux lavements.

Aujourd'hui les syphilides papuleuses ont grossi et on les prendrait difficilement pour une roséole typhoïde. Apparition des règles, pas d'épistaxis.

18 novembre. — L'état subtyphique a disparu. L'éruption papuleuse sur la face est confluente, surtout sur le pourtour du nez.

28 novembre. — La céphalée a disparu, mais les étourdissements persistent.

30 novembre. — Douleurs abdominales suivies de diarrhée ; on suspend le mercure.

28 décembre. — Disparition des taches papuleuses sur la face, elle ne subsistent qu'autour du front.

2 janvier. — L'état général s'améliore.

4 janvier. — La malade se lève.

Remarque. — La température n'est pas notée. Il s'agit de douleurs périvésicales qui peuvent supposer une périmétrite. Influence de la constipation.

OBSERVATION de M. Potain

Gaz. des hôpit, 1878.

La femme couchée au n° 11, salle St-Adélaïde, est atteinte de syphilis acquise ; nous n'avons pas trouvé trace d'accidents primitifs sur les endroits où on les observe habituellement : parties génitales externes, bouche, seins, etc.

Le toucher fait remarquer que le col de l'utérus n'est pas sain et l'examen au spéculum devra être pratiqué pour éclairer ce diagnostic. Quoiqu'il en soit, le diagnostic de syphilis est incontestable. Cette femme est arrivée au commencement de la période secondaire, comme le prouve l'éruption de roséole très caractéristique qu'elle vient de présenter ; cette éruption dure déjà depuis quelque temps et elle a pris progressivement une teinte un peu cuivrée très nette. Elle est apparue avec une confluence extrême envahissant toute la face autour du tronc et du visage. Les ganglions cervicaux ne sont encore que très peu compromis. On n'observe rien au fond de la gorge. Les commissures des lèvres présentent quelques ulcérations. Un symptôme plus grave existe chez notre malade : c'est une céphalée intense

qui apparaît tous les soirs et se prolonge assez longtemps pour produire une insomnie très pénible ; cette céphalée est encore un symptôme appartenant aux accidents secondaires. Mais ce qui est plus remarquable c'est qu'elle est accompagnée d'une fièvre intense qui a été plus forte au début de l'affection, il y a deux mois, et qui persiste depuis cette époque mais avec une intensité de moins en moins considérable. Cette fièvre débute par un violent frisson qui se produit à une heure assez régulière de la soirée.

L'étude de cette fièvre présente un intérêt assez curieux parce que la malade est atteinte en même temps de bronchite tuberculeuse. La fièvre est-elle produite par la tuberculose ou par la syphilis ?

Je n'hésite pas à affirmer que c'est bien la fièvre syphilitique, la syphilis en effet s'accompagne aisément d'un processus fébrile. Mais le plus souvent il ne se traduit que par des malaises plus ou moins perçus par les malades.

Si d'ailleurs celui-ci consulte le médecin pour cette indisposition, il arrive souvent qu'il n'a pas remarqué les taches sur la peau qui sont quelquefois à peine appréciables ; le médecin de son côté ne songe pas à une affection syphilitique et il attribue la fièvre à toute autre cause.

Souvent on confond cette fièvre syphilitique avec une fièvre éruptive ou avec le début de la fièvre typhoïde. L'erreur est d'autant plus facile que souvent la prostration est extrême et rappelle complètement une fièvre synoque. De ce fait il résulte un enseignement pratique et utile ; toutes les fois que le médecin se trouve en présence d'un malade atteint de fièvre à répétition d'un caractère indécis, dont il ne trouve aucune explication bien nette, il doit chercher la syphilis.

Chez notre malade l'éruption de la roséole dictait immédiatement le diagnostic, mais si cette éruption n'eût pas existé nous devions cependant trouver que la fièvre avait un caractère spécial et n'était pas la fièvre qui accompagne ordinairement le processus de tuberculose.

Les accès en effet sont diurnes, et ils commencent par un frisson intense suivi de chaleur et transpiration ; ce seul caractère des accès devait faire supposer la syphilis. Il est tout différent de la fièvre des tuberculeux. Dans la fièvre tuberculeuse les accès fébriles reviennent le soir ; ils commencent non par un frisson, mais par la chaleur vive qui est suivie des transpirations. Enfin le frisson ne vient que lorsque le corps est couvert de sueur et par le fait même du refroidissement : c'est d'abord un simple frissonnement de la peau ainsi impressionnée, puis le frisson termine l'accès. La différence est donc considérable entre les deux processus tuberculeux et syphilitiques.

C'est contre la céphalée qu'on dirige le traitement antisyphilitique, d'autant plus qu'elle résiste à l'opium et au sulfate de quinine qu'on prescrit généralement en pareille circonstance. Elle est rapidement guérie dès qu'on institue le traitement.

Remarque. — « La syphilis s'accompagne aisément d'un processus fébrile ». Idée préconçue de l'auteur fondée sur l'examen insuffisant de faits déjà publiés et qui lui fait admettre à tort comme un phénomène banal du phénomène exceptionnel.

La malade était tuberculeuse.

OBSERVATION du Dr Leblond (Rec. en ville)

(Reprod, dans la Thèse de Morin)

Au mois de janvier 1884 M. P.., âgé de 28 ans, se présentait chez moi avec un chancre induré siégant un peu à gauche de la base du gland ; les ganglions étaient tuméfiés dans les aines, presque indolores, ce chancre avait débuté huit jours auparavant et le malade se soignait à sa façon pensant n'avoir à faire qu'à une écorchure insignifiante. Après quelques cautérisations légères au nitrate d'argent et des applications de sous-nitrate de bismuth, le chancre guérit.

Quatre semaines après le début du chancre M. P.., me fit appeler chez lui, il présentait depuis deux jours un manque absolu d'appétit, sa langue était blanche, et il existait des envies de vomir et une diarrhée légère ; céphalalgie intense, courbature et température de 38° 5.

Je fis administrer au malade, un éméto-carthartique et le soir je revis M. P... ; la température axillaire était de 39° 5. En présence de tels symptômes, je crus avoir affaire à une fièvre typhoïde, lorsque, découvrant la poitrine du malade pour l'ausculter, j'aperçus quelques taches roses ; il y en avait aussi quelques-unes sur les cuisses et sur le ventre. Le lendemain la température était 38° 7 (aisselle), et le soir de 39° ; ce n'est que le cinquième jour après la première visite que la fièvre disparut complètement, malgré le sulfate de quinine que j'avais

administré dès le début à la dose de 1 gramme par jour en trois cachets.

La roséole pendant ce temps s'était accusée de plus en plus et avait gagné la face, dès ce moment j'administrai à M.P.., des pilules de tannate de mercure à la dose de 1 centigramme par pilule. Pendant huit jours il en prit deux, ensuite trois dans les vingt-quatre heures.

La roséole disparut en douze jours, et je ne saurais attribuer cette fièvre qui dure environ neuf jours qu'à l'éruption qui se faisait en ce moment : mon client ayant toujours joui d'une excellente santé et n'ayant fait aucun excès, il n'y avait pas je crois à donner d'autres raisons à ces phénomènes fébriles.

Remarque. — Cas possible, coïncide comme dans la plupart des fièvres syphilitiques avec le mois de janvier.

OBSERVATION, due au professeur Vergely.

Un malade se présente à St-André avec un ensemble de symptômes qui fait croire tout d'abord à une fièvre typhoïde.

Il y a en effet des épistaxis, céphalée, mais pas de diarrhée ; cependant, il a eu trois selles. Le facies est pâle et abattu, l'intelligence nette. Mais il dort mal, il rêvasse. Taches rosées sur le ventre, mais ni ballonnement, ni gargouillement. Il y a des râles sibilants et un souffle systolique à la base.

Les jours suivants, la température s'élève à 40° et le pouls à 90°.

Les selles s'établissent avec un purgatif, la langue est humide, des gargouillements dans la fosse iliaque droite.

Le diagnostic reste incertain jusqu'à ce que l'éruption ait pris des caractères nettement syphilitiques.

C'était une typhose syphilitique.

Remarque. — Observation de typhose syphilitique possible.

Nous ne pouvons pas suivre le malade à cause de l'absence de la courbe thermique.

Et l'influence du traitement?

OBSERVATION (due à Guntz).

Le malade s'était livré à un rapport contagieux le 7 septembre.

Entré à l'hôpital, le 15 du même mois.

Le 3 novembre. — Apparition ; fièvre, céphalée, prostration. T. 38°.

Le 4 novembre. — Les accidents augmentent, la T. 39°.

Le soir apparition d'une roséole, la céphalée est moins intense, la prostration diminue et la T. 38°.

Le 5 novembre. — Amélioration de l'état général : on observe un exanthème très marqué formé par des taches rouges et des vésicules (?) la T. 36°7.

Le soir la T. 37° et l'exanthème a pâli;

Le 6 novembre. — La malade s'est plaint d'une angine dont les symptômes ne font que s'aggraver les jours suivants.

En résumé. — Fièvre prodromique très courte suivie d'une rémission rapide.

Le caractère aigu typique était de toute évidence.

Remarque. — La syphilis n'est pas certaine. On a le droit de supposer un exanthème de toute autre nature que syphilitique.

L'auteur ne fait aucune allusion au traitement.

OBSERVATION du Dr Lancereaux.

D'après la thèse d'Antonini.

M..., âgée de 18 ans, domestique, entre à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du Docteur Lancereaux, le 29 novembre 1876.

Elle nous dit avoir éprouvé de la céphalalgie, chaque soir, à partir du 15 octobre environ.

Elle accuse de la fièvre seulement à partir du 24 octobre ; à la même époque, elle a remarqué une éruption sur le cou et la figure. Elle dit ne s'être jamais aperçue d'aucun bouton sur les parties génitales. Le soir de son entrée (12 nov.) la température axillaire marque 40° et le lendemain son habitus extérieur nous fait songer à une fièvre typhoïde dont l'épidémie est en pleine activité.

En découvrant la malade, nous sommes frappé d'une éruption située à la partie antérieure de l'abdomen, éruption qui à distance rappelle l'éruption des taches rosées lenticulaires ; mais en regardant de près on remarque que les papules sont volumineuses et plus sombres que ces dernières.

De plus il existe à la partie supérieure des cuisses des papules rouges, couleur maigre de jambon, avec la collerette de Biet. A la région postérieure du cou, il existe plusieurs papules disséminées, assez larges, avec une croûte noire centrale, encadrée dans un rebord circonférenciel élevé.

Cette éruption ne laisse aucun doute sur la nature syphilitique ; d'ailleurs il existe quelques plaques muqueuses sur les lèvres ; la langue est blanche, mais elle n'est pas fuligineuse comme dans la fièvre typhoïde. Les amygdales sont volumineuses avec des syphilides opalines ; perte complète de l'appétit.

Alternatives de constipation et de diarrhée ; quelques papules autour de la bouche et du menton. Eruption papuleuse du cuir chevelu. Adénopathie post-cervicale.

Comme traitement : Bains, chlorate de potasse.

A partir du 3 décembre, la fièvre commence à tomber.

Le 4 décembre. L'appétit revient, le pouls diminue de fréquence 80°.

Remarque. — L'auteur ne fait aucune allusion au traitement spécifique.

Il s'agit d'une fièvre coïncidant avec un état gastro-intestinal grave.

OBSERVATION du Dr Lancereaux

I

(D'après Courteaux. Obs. nº 12).

Je ne donne pas *in extenso* cette observation, car M. Lancereaux lui-même fait certaines réserves sur la nature de cette fièvre :

« Dans ce fait, la fièvre est survenue en même temps que « l'éruption, a persisté dans son cours, a été accompagnée de « troubles nerveux et de désordres digestifs qui auraient fort « bien pu faire supposer une toute autre maladie que la syphi- « lis ».

OBSERVATION du Dr Bucquoy

Gazette des hôpitaux, 1879.

Un garçon tonnelier, 20 ans, est entré le 11 mars à l'hôpital du Midi, où il avait été reçu le 5 février pour un chancre infectant contracté certainement au commencement de février.

C'est le 25 février qu'il a été pris d'accidents fébriles particuliers, fatigue insolite, vertiges, étourdissements, mal de tête, douleurs du côté droit de l'abdomen.

On lui administre des vomitifs à répétition, puis l'état persistant, on l'évacue dans notre service le 11 mars.

Le 12 mars. — Je fus frappé de son état d'abattement et de sa mauvaise mine.

La température de 39°, la fréquence du pouls, la langue sale et sèche, les lèvres fuligineuses lui donnent l'aspect d'un malade atteint de fièvre typhoïde de moyenne intensité. Le gargouillement existait dans la fosse iliaque droite : je le découvris pour rechercher des taches rosées et je constatai une éruption des plus abondantes · toute la surface du tronc et de l'abdomen, la racine des membres même étaient le siège d'une éruption presque confluente des papules très abondantes surtout aux régions antérieures et postérieures, mais respectant complètement le visage.

Etait-ce une éruption typhique ? C'étaient bien des plaques avec une coloration plus intense que dans les cas ordinaires, une saillie plus prononcée et une abondance extrême que l'on ne rencontre pas habituellement dans la fièvre typhoïde, ce qui faisait qu'au moment ou j'ai examiné ce malade je ne songeai pas d'abord à l'idée d'une syphilis papuleuse. Mais dès que j'appris l'histoire de ce malade il fallait poser nettement la question et me demander si c'était de la syphilis ou de la fièvre typhoïde.

La constipation était opiniâtre, mais si l'on examinait le début de la maladie sa marche et son apparition chez un sujet venu à Paris depuis deux ans, la douleur abdominale, la courbature, tout cela autorisait le diagnostic de fièvre typhoïde.

D'autre part on pouvait le combattre en disant qu'il n'avait pas eu d'épistaxis, de diarrhée, pas de râles dans la poitrine ; que l'éruption a été très abondante avec saillie considérable des papules et coloration plus marquée que celle des taches lenticulaires. Dès les premiers jours cependant, je crus devoir me rallier au diagnostic de fièvre continue. En effet les phénomènes fébriles se rapprochaient de ceux de la fièvre typhoïde. Ils s'étaient manifestés à une époque ou la fièvre syphilique ne s'observe pas, vingt-cinq jours seulement après le chancre, date à laquelle les accidents ne débutent pas ordinairement. La sensibilité dans la fosse iliaque droite accusée spontanément par le malade est aussi un argument. La constipation est exceptionnelle, mais n'est pas rare dans la fièvre typhoïde. Parmi les phénomènes ultérieurs, la persistance des taches rosées jusqu'au début de la convalescence a été constatée dans la fièvre typhoïde Mais c'est aussi de cette manière que s'éteint une syphilis papuleuse.

La marche de la maladie est beaucoup plus caractéristique, à mon avis, dans la fièvre typhoïde ; vers le quinzième jour la défervescence a commencé, et elle est arrivée le 17-18e jour et après quelques oscillations la convalescence s'est établie régulièrement vers le 21e jour. Le malade est entré en convalescence comme y entre un typhique, sans avoir l'état adynamique qui se prolonge après une fièvre typhoïde.

Remarque. — Fièvre syphilitique possible.
Toujours coïncidant avec la saison d'hiver.
Absence de la courbe thermique.

La fièvre syphilitique d'après M. Fournier et ses élèves.

Généralités.

Nous avons exposé les différents documents sur lesquels M. Fournier et ses élèves se sont appuyés pour prouver l'existence de la fièvre dans la syphilis secondaire, sa fréquence et ses différentes formes cliniques ; il nous reste à résumer d'après cet auteur (1) l'étiologie, la symptomatologie et l'influence du traitement.

Fréquence.

Dans la statistique de l'hôpital de Lourcine, 1873 (actuellement Broca), M. Fournier a trouvé, sur *1120 femmes* syphilitiques, *351* qui ont présenté des accidents fébriles.

La proportion serait de 30 o/o ou pour plus de

1. Fournier. *Leçons cliniques*.

précision, sur trois femmes, une présentait des manifestations fébriles.

C'est une statistique en bloc qui se rapporte à toutes les trois formes cliniques de la fièvre syphilitique secondaire ; c'est une fièvre syphilitique proprement dite, car elle « ne peut pas se rapporter à une autre affection incidente quelconque qu'à la syphilis » (Fournier, *loc. cit.*).

Influence du sexe.

Pour M. Fournier, la fièvre serait beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. La raison de cette fréquence réside... « dans la constitution de la femme qui se montre plus accessible aux réactions nerveuses et viscérales. »

Influence de l'âge de la vérole.

La fièvre fréquente dans les premiers mois de la première année de la syphilis, moins fréquente dans la seconde année, serait exceptionnelle dans les 3e et 4e année... Courtaux (1) distingue deux variétés de fièvre suivant le moment d'apparition :

1. Courtaux. Thèse de Paris.

1°) *Une fièvre syphilitique prodromique.* — Véritable fièvre d'invasion rappelant la fièvre des exanthèmes fébriles, elle apparaît entre le 40e et le 60e jour de l'apparition du chancre.

2°) *Une fièvre syphilitique tardive.* — Apparaît vers le 7e mois, et elle annonce une poussée d'accidents vers la peau.

Division clinique.

M. Fournier et ses élèves divisent la fièvre syphilitique en trois groupes :

Fièvre syphilitique symptomatique ;

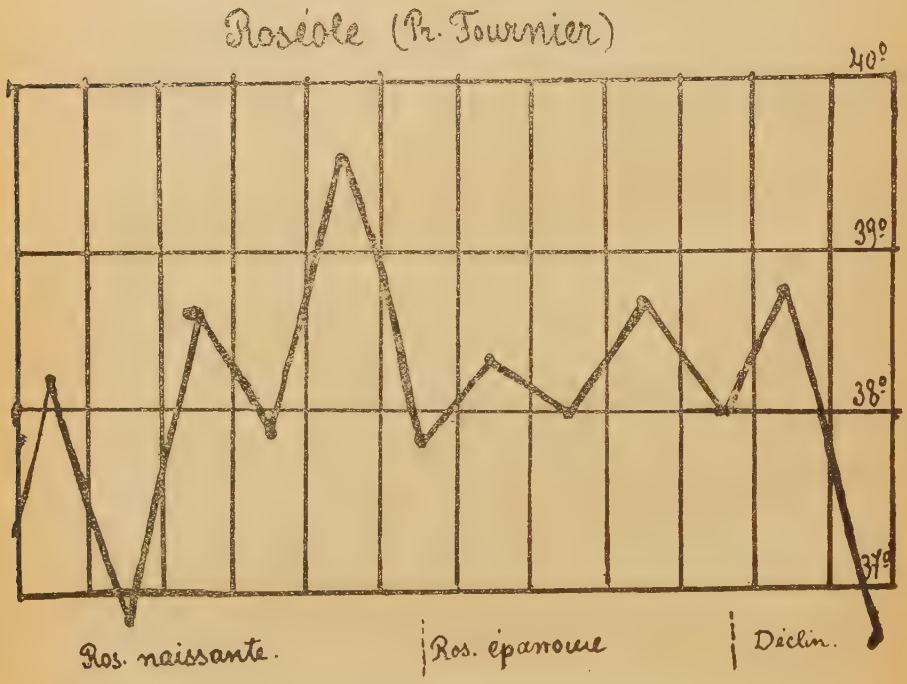
Fièvre syphilitique idiopathique ou diasthésique ;

Typhose syphilitique.

α). — *La fièvre syphilitique symptomatique.* — Analogue, par son évolution, à toute fièvre précédant un exanthème febrile se produit soit au moment de l'apparition de la roséole, soit d'une autre complication phlegmasique. Pour la roséole en particulier, M. Fournier distingue dans la courbe thermique, trois périodes, une période de roséole naissante, une période d'épanouissement, enfin une période de déclin (voir la courbe thermique).

β). *La fièvre syphilitique essentielle.* — Cette fièvre, très fréquente d'après M. Fournier, ne relève d'aucune manifestation externe, n'est l'avant-coureur d'aucun symptôme ; immédiate, elle existe par elle-même ;

c'est une manifestation de la diathèse. De plus, on puet décrire par cette forme fébrile, trois types bien définis :



Le type intermittent. — Très fréquent, fièvre quotidienne et vespérale, séparée par des intervalles d'apyrexie complète, rappelant jusqu'à un certain point la fièvre paludéenne.

Le type continu. — Qui dure quelques jours ; rarement plusieurs semaines.

Le type irrégulier. — C'est la variété le plus fréquente qui aboutit soit à la variété intermittente soit à la variété à type continu.

La typhose syphilitique. — La typhose syphilitique est une association d'un état fébrile avec un état d'asthénie cérébrale. Simulant à s'y méprendre la fièvre typhoïde, on voit le malade tomber dans un état d'allanguissement général avec prostration et inaptitude au travail ; et si à ces accidents nous joignons la céphalée, le tableau clinique est absolument calqué sur celui de la dothiénenthérie, mais la gravité de l'affection n'est qu'apparente, car au bout de deux, trois ou quatre jours (rarement deux à trois septenaires), le malade revient à la santé sans convalescence. En résumé « toutes les fois que chez une personne jeune, on se trouve en présence d'une pyrexie plus ou moins régulière sans caractères bien définis accompagnée de céphalée intérieure, on est en droit non de supposer mais de penser à la syphilis ; rechercher l'adénite inguinale, examiner les parties génitales et buccales ». (Vialaneix, *loc. cit*).

Diagnostic de la fièvre syphilitique.

Après avoir étudié successivement les différents symptômes qui accompagnent la fièvre syphilitique secondaire c'est-à-dire : l'élévation thermique l'accélération du pouls, les malaises, la courbature et l'énervement, les sueurs accompagnées d'une chaleur fébrile et mordicante, M. Fournier insiste tout particulièrement sur les troubles digestifs, qui seront presque pathognomoniques dans la fièvre syphilitique.

a) Langue blanche et étalée.

b) La boulimie (la fièvre syphilitique est une fièvre à boulimie).

c) La polydypsie.

Il insiste sur le diagnostic différentiel qui est à faire *avec le paludisme*, dans ce cas l'influence de la quinine vient de trancher le diagnostic.

Avec les fièvres éruptives.

Avec la fièvre typhoïde. — L'épistaxis est très fréquent dans la typhoïde, la stupeur serait plus marquée, enfin il y a la diarrhée ocreuse.

Avec le rhumatisme articulaire aigu. — Enfin *avec la granulie* ; dans la granulie, la courbe thermique présente des rémissions vespérales, on trouve des craquements aux sommets, on trouve des troubles nerveux et oculaires.

Nature de la fièvre dans la syphilis secondaire.

Après avoir étudié les différentes formes cliniques de fièvre, M. Fournier se demande si réellement la fièvre est d'origine diathésique ; comme arguments qui plaident en faveur de la fièvre idiopathique il cite : la fréquence (30 o/o), l'identité des conditions dans la production de ces états fébriles chez les sujets syphilitiques, l'absence de tout état morbide intercurrent, les caractères particuliers de la

fièvre (boulimie, langue dans un bon état, polydypsie) enfin l'influence du traitement.

Influence du traitement spécifique

Le traitement est celui de la syphilis secondaire, c'est-à-dire le mercure associé à l'iodure de potassium. Pourtant d'après M. Fournier « le mercure serait moins efficace contre la fièvre que contre les autres manifestations secondaires ».

C. — Fièvre syphilitique et suites de couches.

(*Fièvre syphilitique des accoucheurs*).

Leblond. *Bullet. médical*, 1890, page 840.

Une femme de 25 ans, Boud... Eugénie, de bonne constitution, entrait à la salle d'accouchement le 10 juin dernier, à 6 heures du matin. Une demi-heure après elle expulsait une fille macérée pesant 700 grammes ; au bout de dix minutes la délivrance se faisait normalement. En faisant la toilette de la vulve on aperçut sur le bord antérieur de la grande lèvre gauche une petite cicatrice blanchâtre trace d'une ancienne ulcération. Inter-

rogée sur ses antécédents la malade déjà mère de trois enfants, racontait avoir eu en ce point au mois de novembre dernier un bouton qui dura peu de jours et qui fut suivi à la fin de décembre de roséole puis, des plaques muqueuses vulvaires et buccales. Depuis cette époque elle fut à Lourcine régulièrement soignée à la consultation de M. Balzer. Les dernières règles datant du 18 octobre la malade pense avoir commencé sa grossesse le jour où elle a pris la syphilis. La grossesse suivait son cours normal et grâce au traitement les accidents spécifiques avaient peu à peu disparus ; à ce moment les mouvements du fœtus cessent et l'accouchement survient après 7 mois et demi de grossesse.

A son entrée à l'hôpital, la céphalée nocturne était très intense ; mais il n'y avait aucune éruption, pas de syphilides buccales ou génitales. Tout d'abord les suites des couches furent normales, quelques lochies sans odeur, pas de douleur du ventre, utérus bien rétracté, congestion des seins insignifiante et de courte durée, appétit excellent. Déjà la malade parlait de quitter l'hôpital, quand tout-à-coup le 17 juin (sept jours après l'accouchement) la température monte à 38°5 le matin et à 39 le soir. On pense aussitôt à un début d'infection puerpérale tardive et une injection de liqueur de Van Swieten dédoublée est faite dans l'utérus ; le liquide revient intact sans aucun débris de placenta, ni des membranes. A la suite de l'injection, syncope réflexe sans frisson, avec sueurs abondantes. Le lendemain matin 38°5, seconde injection intra-utérine sans plus de résultats.

Le ventre est souple non douloureux, l'utérus petit non sensible, pas de pertes. On commence à soupçonner la syphilis d'être cause de cette hyperthermie ; le soupçon devient certitude lorsqu'on voit le soir même l'apparition d'une roséole sur

la poitrine qui le lendemain envahit l'abdomen et le dos. Cette éruption dura deux jours ; cependant l'état général reste bon, le pouls est régulier et fort, l'hyperthermie est de 40°.

Le traitement spécifique (protoïodure d'hydrarg. 5 centigr. et frictions mercur. chaque jour) fut continué pendant neuf jours de la période fébrile, malgré une légère salivation et un peu de diarrhée apparues le huitième jour. Durant ce temps la marche de la température fut irrégulière. L'état général était excellent, l'état utérin restait normal.

Un peu de diarrhée, une légère salivation et une abondante poussée, des sueurs coïncidèrent avec la chute brusque de la température et son retour à la normale. Après cinq jours d'apyrexie, vingt jours après l'accouchement, la malade quitta l'hôpital le 30 juin.

En résumé. — Syphilitique ancienne, traitée, qui accouche prématurément d'un fœtus macéré, quand sept jours après l'accouchement la fièvre apparaît, la température est de 39°, le pouls est modéré. Utérus. Vagin. Périnée intacts.

Au bout de 9 jours de traitement par des injections de liqueur de Van Swieten (dédoublée) apparaît une roséole (?) fugace qui disparaît en 48 heures.

L'auteur conclut à *la fièvre syphilitique idiopathique*. Dans leurs thèses Sacreste, Mercier, Fauconnier, signalent la fréquence relative de la fièvre syphilitique chez les nouvelles accouchées.

Combes au contraire conclut à l'exagération de la fréquence de cette fièvre et contrairement à l'assertion de certains accoucheurs qui soutiennent que « l'hyperthermie syphilitique serait très fréquente

post partum » il est rare d'après Combes, de rencontrer chez une femme la certitude absolue de la syphilis et d'un accouchement fait dans d'excellentes conditions, sans que la malade ait couru aucun risque d'infection puerpérale. Plus loin cet auteur après avoir analysé toutes les observations publiées conclut : ... « qu'en cherchant bien on trouve toujours une cause susceptible de mieux expliquer la fièvre que ne fait la syphilis ». De même, M. Charpentier, dans son traité d'accouchements (1890), adopte les conclusions de Combes et pense qu'il n'y a aucune raison pour que les femmes syphilitiques présentent pendant les suites des couches une hyperthermie notable.

CHAPITRE II

Résultats de nos recherches.

Généralités.

Nous avons vu quelle est la valeur des différentes observations sur lesquelles on a fondé l'étude de la fièvre syphilitique ; nous avons vu la classification en trois formes cliniques de M. Fournier ; qu'il nous soit permis d'exposer les résultats de nos recherches personnelles. Par une heureuse conjoncture nous avons pu examiner dans le même service (1), dans les mêmes salles et la même catégorie: des malades, et nous sommes très étonné de constater que nos observations ne concordent pas avec celles exposées par M. Fournier dans sa statistique de 1873.

Pour éviter toute confusion dans l'étude de notre

1. Hôpital de Lourcine actuellement Broca-Pascal.

sujet, admettons pour le moment la classification proposée par M. Fournier en fièvre syphilitique symptomatique, idiopathique et la typhose syphilitique.

La division de la syphilis en syphilis secondaire et tertiaire classique depuis Ricord et Fournier est plutôt une division théorique que clinique ; à cette division on peut opposer la division en deux périodes : période contagieuse ou virulente et la période non contagieuse ou non virulente, cette dernière (qui sauf exceptions rares) correspond à peu près à la période dite tertiaire. Nous savons que, dès que le chancre apparaît, l'infection syphilitique est réalisée ; mais pendant la période qui sépare le chancre des premières éruptions cutanées existe une période intermédiaire ou une seconde incubation. C'est en ce moment que la fièvre serait très fréquente d'après M. Fournier, ses élèves et la plupart des auteurs étrangers.

On considère généralement la fièvre comme l'expression clinique par laquelle se manifestent les toxi-infections d'origine bactérienne ou organiques ; enfin, les intoxications de nature chimique : le mercure par exemple. Et comme la caractéristique la plus constante de la fièvre est l'élévation thermique, élément entre beaucoup d'autres, le seul qui soit à la portée d'une évaluation rapide et de tous les instants, c'est l'élévation de température qui nous servira à mesurer l'intensité de la fièvre.

Mais disons de suite que les 2 termes toxi-infec-

tion et élévation thermiques ne sont pas synonymes ; car non seulement nous connaissons certaines infections apyrétiques (par exemple, les formes de dothiénenterie apyrétique décrites par MM. Potain et Teissier), mais encore des infections hypothermisantes (infections coli-bacillaires).

Fréquence.

Nous avons exposé la statistique du *professeur Fournier*, d'après laquelle on rencontre la fièvre dans la proportion de 30 o/o; ces chiffres sont admis par le *professeur Neumann* de Vienne mais sans les avoir contrôlé.

A titre de curiosité historique, nous allons donner quelques chiffres :

Bassereau, sur 199 cas trouve 143 cas de fièvre (*Traité des affect. de la peau.* Paris, 1832).

Mac Carthy, dans sa thèse, 40 sur 60.

Guntz, donne la proportion de 20 o/o.

Vayda, donne 84 o/o.

Janovsky, 23 o/o.

Von Duhring, en parlant de la fièvre syphilitique dit « ce n'est nullement un symptôme constant, elle manque souvent.... dans plus de la moitié des cas dans lesquels j'ai régulièrement recueilli la température la fièvre à fait défaut ».

A notre tour, nous avons recherché la fièvre dans la syphilis avant, pendant et même après la période secondaire; nous avons examiné 182 malades. La température rectale a été prise régulièrement deux fois par jour, le matin à 7 heures et le soir à 6 heures.

Chaque malade a été suivie pendant son séjour dans le service, temps très variable du reste. Toutes nos malades suivaient le traitement mercuriel, la plupart sous la forme de liqueur de Van Swieten, quelques unes sous la forme d'injections sous-cutanées, de bi-iodure ou de cyanure de mercure.

Nous avons choisi des malades qui présentaient les manifestations les plus diverses et nous avons suivi de près l'apparition de la roséole après le chancre.

Sur ces 182 malades (certaines ont été suivies pendant deux à trois mois de suite) nous n'avons constaté que 14 cas de fièvre, soit une proportion moyenne de 7 o/o. Mais dans toutes nos observations où la fièvre existait, elle coïncidait avec des manifestations de la période secondaire, c'est-à-dire avec la roséole, complications oculaires, myalgies, etc.

Tableau résumant la fièvre syphilitique dite symptomatique

(d'après nos recherches)

	Nomb. des mal. observées	Apyr.	fièvre
1 Chancre existant seul.	5	5	0
2 Roséole (avec chancre).	3	1	2
3 Roséole (le chancre avait disparu) . .	17	15	2
4 Céphalée (coïncid. avec des syphilides papuleuses de la vulve et des syphilides de la bouche)	9	8	1
5 Syph. papul. et plaques muqueuses. .	140	139	1
6 Complicat. oculaires.	3	1	2
7 Ostéïtes et périostites.	1	0	1
8 Arthropaties	1	0	1
9 Myalgies	3	0	3

Chancres. — Dans tous les cas l'apyrexie a été complète.

Roséole. — Sur 20 cas de roséole observés, nous n'avons rencontré que quatre cas de fièvre.

Deux fois le chancre persistait encore, et dans tous les deux cas de pyrexie le chancre était vulvaire. Comme moment d'apparition, la fièvre a débuté deux à trois jours avant l'éruption ; la température rectale oscillait entre 38°-38° 5 et sa durée moyenne était de trois à quatre jours. La température a disparu avant que la roséole soit effacée. Le pouls suivait la température, les urines était chargées, mais non albumineuses. Mais les quatre courbes étaient différentes,

nullement superposables. Nous n'avons pas pu rédiger une courbe thermique moyenne, comme celle donnée par M. Fournier.

La courbe thermique dans la roséole (comme dans toutes les autres manifestations fébriles) *était quelconque.*

Rien à remarquer pour les autres 16 cas de roséole apyrétique ; comme dans les cas précédents les malades prenaient de la liqueur de Van Swieten.

Céphalée. — Nous avons observé neuf cas de céphalée syphilitique et parmi ces neuf cas, nous n'avons trouvé qu'une seule fois de la fièvre.

La température a duré pendant deux jours et elle coïncidait avec une éruption des syphilides papuleuses de la vulve, des plaques muqueuses de la bouche et des syphilides opalines des amygdales.

La température était de 38° le matin et de 39° le soir, sous l'influence du traitement mercuriel (frictions, 2 gr. d'onguent napolit.) et de l'iodure de potassium, la température est tombée à la normale.

Nous parlons bien entendu, de la céphalée syphilitique proprement dite, céphalée intérieure et gravative différente de la céphalée neurasthénique ou névralgique chez un syphilitique. Dans les observations récemment publiées par Milian (1), Ravaut (2), Ravaut et Darré (3), sur la ponction

1. Milian. *Trib. Médec.*, 1903, p. 341, 8 novembre.
2. Ravaut. *Ann. de Dermat.* Juillet, 1903.
3. Ravaut et Darré. *Gaz. des Hôpit.*, 1903.

lombaire, nous trouvons que la céphalée syphilitique secondaire est rarement accompagnée de leucocythose « et lorsqu'il en existe il s'agit d'une simple coïncidence ». (Milian, *loco citato*).

Syphilides papuleuses et plaques muqueuses. — La syphilis secondaire se manifeste habituellement par des syphilides papuleuses et des plaques muqueuses.

Sur 140 cas observés, une seule fois la fièvre syphilitique, précède l'éruption.

Complications oculaires. — Nous avons observé 3 cas d'iritis avec kéralite spécifique.

Deux fois sur trois nos malades présentaient de la température ; comme dans les cas précédents, la courbe thermique oscillait autour de 38, 38°5, pendant 4 à 5 jours ; sous l'influence du traitement général mercure sous la forme de frictions) et local (collyre à l'atropine), la température est redevenue normale.

Ostéites, Ostéo-arthrites, myalgies. — Les différentes malades qui ont présenté de la fièvre étaient en pleine éruption secondaire.

Les ostéites, myalgies, n'étaient que des complications intercurrentes qui par leur présence pouvaient expliquer très bien l'élévation thermique.

Les courbes thermiques, étaient quelconques ; elles étaient en rapport direct avec l'intensité de la phlegmasie.

Résumé de nos observations. — Sur 182 cas de syphilis secondaire nous avons observé 14 cas de fièvre.

Mais dans tous les 14 cas, nous avons trouvé une

complication quelconque qui à elle seule pouvait expliquer cette élévation thermique.

Le traitement spécifique ne paraît avoir aucune influence préventive sur l'éclosion de la fièvre, comme il n'a aucune influence sur l'apparition de la roséole.

Au point de vue de la *fréquence relative* de la fièvre dite symptomatique nous pouvons donner le tableau suivant : roséole, myalgies, complications oculaires, ostéites et ostéoarthrites, enfin en dernière ligne les cas de syphilis secondaire s'accompagnant des plaques muqueuses et des syphilides papuleuses.

Mais au point de vue de la fréquence absolue, nous trouvons par ordre décroissant : les myalgies. les arthralgies, les ostéites, les complications oculaires, la céphalée et enfin les syphilides papuleuses et les plaques muqueuses.

La fièvre syphilitique dite idiopathique ou diathésique

« En dehors de la fièvre syphilitique, symptomatique, il existe une fièvre *sine materia*, directe, tenant à la diathèse n'étant subordonnée à aucun accident contemporain » (Fournier).

Cette fièvre syphilitique diathésique qui mérite une attention particulière, fièvre très fréquente d'après M. Fournier, présente 3 types bien définis : le type intermittent, continu, et enfin le type régulier.

Nous avons cherché vainement parmi toutes nos malades mises en observation, à découvrir cette fièvre, et nous étions très étonné de ne l'avoir jamais rencontrée. Pour notre part, nous avons trouvé une complication suffisante en dehors de la syphilis capable d'expliquer cette fièvre chez un syphilitique, nous croyons qu'un examen complet de la malade fait souvent découvrir des affections surprenantes.

Dans tous les cas, dans les différentes observations publiées par les auteurs, nous ne trouvons ni l'examen pulmonaire ni l'examen des organes génitaux ou du petit bassin, ni le séro-diagnostic, ni la recherche des bacilles d'Eberth dans les matières, ni le surmenage, ni la grippe ni l'herpès général, etc.

1) *Pourquoi la fièvre syphilitique idiopathique serait-elle plus fréquente chez la femme ?*

M. Fournier affirme que la fièvre syphilitique chez l'homme « n'atteint qu'un développement médiocre, les femmes par leur constitution se montrent plus accessibles aux réactions nerveuses et viscérales ».

Cette explication nous a paru insuffisante, car le plus souvent un autre substratum anatomo-pathologique peut expliquer facilement l'existence de la fièvre.

a). — *La blennorragie.*

Nous avons pris la température de toutes nos malades qui présentaient de la blennorragie aiguë. Dans une première catégorie la blennorragie était isolée, dans une autre catégorie nous avons examiné des malades qui présentaient à la fois un écoulement blennorragique et de la syphilis secondaire. Toujours, sans exception, nous avons trouvé une légère élévation thermique dans les deux ou trois premiers jours de la maladie. La température dans la blennorragie aiguë chez la femme, oscille entre 38° 38° 5. Sous l'influence du repos, du régime et des injections intravaginales répétées, la température tombe à la normale. Comme la blennorragie est très fréquente dans ce milieu hospitalier où nous avons fait nos recherches, en présence de cette association très fréquente de la blennorragie chez nos syphilitiques, il faut se demander quelle est la part de la blennorragie, quelle est la part de la syphilis dans cette élévation thermique.

b). — *Influence des suppurations pelviennes.*

Sauf dans les deux observations de Potain et Morel Lavallée, nous ne trouvons dans aucune observation l'examen génital complet de la femme. Ni dans les observations de M. Fournier ni dans celles publiées par ses élèves, le toucher vaginal n'a été pratiqué.

Nous pouvons affirmer que la fréquence des salpyngites (d'origine blennorragique ou *post partum*), est énorme ; la coïncidence avec la syphilis secondaire est grande chez les femmes qui constituent la clientèle de l'hôpital Broca.

c). — *Influence de l'herpès génital.*

L'herpès génital est très fréquent chez les femmes qui sont atteintes d'un écoulement blennorragique ou des syphilides papulo-érosives de la vulve et de l'anus.

Et comme cette variété d'herpès est une affection éminemment fébrile, on conçoit facilement comment une éruption d'herpès sur le pourtour des syphilides peut simuler une fièvre syphilitique essentielle.

d). — *Influence de la constipation.*

La constipation est par excellence autotoxique, et la rétention des produits de la putréfaction intestinale est une cause très fréquente de fièvre.

La plupart de nos malades constipées présentaient des manifestations annexielles anciennes.

La constipation donne une fièvre légère de 37°8, 38°4, fièvre qui disparaît comme par enchantement sous l'influence d'un lavement glycériné ou d'un purgatif salin.

b). — *Influence du surmenage.*

En prenant la température de toutes nos malades, les premiers jours, à entrée sans distinction de l'affection particulière qu'elles présentaient, nous étions surpris de constater le premier jour un léger mouvement fébrile (37°8-38°) fièvre qui disparaissait les jours suivants.

Ce surmenage est dû d'une part au genre de vie particulier de cette classe sociale: privations ou excès de toutes sortes, d'autre part aux libations auxquelles elles se livrent la veille de leur entrée à l'hôpital véritable fièvre « *à crapula* ».

c). — *Influence de la grippe.*

« Grippe, invention des gens sans le sou et des médecins sans clients qui n'ayant rien de mieux à faire ont inventé ce farfadet » disait Broussais. Ce n'est que depuis les recherches de Pfeifer et les dernières épidémies que la grippe prend une place définitive dans nos traités classiques.

Méfions-nous toujours de cette affection protéiforme à rechutes et récidives qui peut induire en erreur et faire croire à l'existence d'une fièvre syphilitique idiopatique là où il ne s'agit que de la grippe.

Nous nous rappelons que l'un des trois caractères de la fièvre syphilitique secondaire serait, d'après M. Fournier, le bon état de la langue qui reste humide et étalée. Mais faisons remarquer simplement que M. Faisans décrit la langue grippale comme..., « conservant sa forme et ses dimensions, qu'elle est humide et ce qui la caractérise, c'est sa coloration opaline (1) ».

d). — *Influence de la tuberculose* (1).

Dans ses leçons cliniques, M. le professeur Dieulafoy a montré les relations qui existent entre la tuberculose et la syphilis secondaire.

1. Voir Faisans. *Gaz médicale des hôpitaux*, 1893.
2. Voir Dieulafoy. *Trib. Médic.* 1901, p. 245.

Il montre comment la syphilis peut servir de terrain d'ensemencement pour la tuberculose, il montre la fréquence de ces deux associations.

En présence d'un malade syphilitique et suspect de tuberculose, on ne doit pas affirmer le diagnostic de fièvre syphilitique idiopathique, sans avoir recherché préalablement les bacilles dans les crachats.

Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de syphilis et tuberculose associées ; la courbe thermique était celle de la tuberculose à type hectique, elle n'était nullement modifiée par la syphilis.

E). — *Granulie.*

Nous préférons donner à la place d'une description monotone une observation qui nous paraît caractéristique.

I. Stéf..., âgée de 22 ans, couturière.

Date d'entrée. — Le 10 juin 1903. Salle Natalis n° 46 (service du docteur Brocq).

Antécédents. — Père mort d'une fluxion de poitrine, la mère est bien portante.

Antécédents personnels. — Réglée à l'âge de 14 ans toujours régulièrement.

Jamais d'enfants ni de fausses couches.

Etat actuel. — Poids de la malade 56 kil.

La malade présente un état général assez mauvais : elle est pâle, les muqueuses sont décolorées, se plaint de vertiges, de maux d'estomac

En examinant les téguments, on trouve sur le cou des syphi–

lides pigmentaires très nettes : elle nous raconte avoir eu quelques boutons au niveau des organes génitaux ; en reconstituant l'histoire de la syphilis on trouve que les premières manifestations datent d'environ deux ans, et que le traitement a été incomplètement suivi (6 mois), le mercure a été pris sous la forme pilulaire. Sauf le collier de Vénus, on ne trouve aucune manifestation actuelle de la syphilis.

Rien du côté des ganglions.

Rien du côté de la bouche, yeux, oreilles.

L'état digestif est bon, l'appétit est médiocre, le foie est normal, la rate est légèrement augmentée de volume.

Rien dans les urines.

Les réflexes sont normaux.

A l'examen des poumons : on trouve au sommet droit des craquements humides.

Au toucher, le col est normal, l'utérus est enclavé dans le petit bassin et une tumeur du volume d'une mandarine est annexée à l'utérus.

15 juin. — L'état général de la malade empire, la température rectale est de 38° 2 (matin) 38° 6 (soir) pouls, 102.

M. le docteur Brocq institue le traitement mercuriel sous la forme d'injections de biiodure de mercure à 2 centigrammes par jour.

16, 17, 18 juin. — Même état, la température a la tendance de remonter, elle oscille entre 38°8 39°2. Le pouls 104-108.

Urines légèrement albumineuses.

Comme traitement on recommande le repos absolu et on continue les injections de bi-iodure.

20 juin. — L'état est stationnaire ; malgré notre opposition

la malade quitte le service. La température était de 38°2 ; le pouls 100.

3 juillet. — La malade rentre dans le service du docteur Thibierge ; son état est très grave ;

On constate une pelvi-péritonite et la malade est transportée d'urgence dans le service du docteur Pozzi ou on lui fait une colpotomie. Drainage. On diagnostique une pelvi-péritonite tuberculeuse.

5 juillet. — La malade succombe.

Autopsie. — On trouve une péritonite généralisée, des granulations tuberculeuses sur les intestins et le péritoine pariétal ; A droite une salpyngite tuberculeuse.

En résumé. — La granulie au cours de la syphilis secondaire, peut simuler à s'y méprendre une fièvre syphilitique idiopathique.

C). **La typhose syphilitique** (d'après Carrière).

Fièvre syphilitique proprement dite.

Généralités.

La typhose syphilitique est une des manifestations des plus rares de la syphilis secondaire ; au point de vue objectif elle se présente avec tous les caractères d'une fièvre typhoïde, mais elle diffère de la dothiénentérie par des caractères que nous

allons étudier plus loin ; c'est la véritable fièvre syphilitique.

Fréquence.

Très rare d'après M. Brocq, car notre maître ne l'a rencontrée que 5 ou 6 fois dans un intervalle de 8 ans depuis qu'il dirige le service des vénériennes de l'hôpital Broca.

M. Carrière de Lille n'a vu que 2 cas dans un intervalle de 10 ans.

M. Fournier considère la typhose syphilitique comme assez rare.

Sexe.

Si la typhose est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, ce fait serait dû à l'accident initial qui passe inaperçu. La syphilis a le temps d'évoluer et de causer ses ravages.

Relations de la typhose avec l'accident initial.

L'apparition de la typhose ne paraît pas influencée par le chancre. Quant à la fréquence plus grande de la typhose dans les cas de chancres multiples, elle reste encore à prouver.

Moment d'apparition.

Nous savons que le chancre se montre généralement vers la troisième semaine après l'infection et la roséole de 6 à 9 semaines après le chancre. Donc, tout individu qui, entre la 9e et la 11e semaine après l'infection, éprouve une poussée fébrile doit être considéré comme suspect de fièvre syphilitique. Nous ne disons pas que le malade a nécessairement une fièvre syphilitique mais qu'il peut en avoir une.

La gravité et l'intensité de cette fièvre paraît d'autant plus grande lorsque l'éruption est longue à faire son apparition ; mais dans la typhose syphilitique, nous remarquons que l'éruption existe souvent lorsque la typhose apparaît. L'apparition de la typhose après une éruption est tout à fait exceptionnelle.

Début.

Quand on examine de près les observations publiées sur la typhose syphilitique, on est frappé de la virulence de l'infection chez ces malades.

Les troubles nerveux, les douleurs, les troubles généraux se trouvent au maximum. Ce sont des malades anéantis par la vérole comme le dit très bien

M. Carrière ; mais il faut bien remarquer qu'il n'y a pas à proprement parler une période de début caractéristique qui fait supposer l'éclosion de la typhose, par des signes propres comme dans la fièvre typhoïde.

Le plus souvent le malade est reçu à l'hôpital pour une fièvre typhoïde, il a des frissons, de la rachialgie, des vertiges, des bourdonnements, la température monte de 0,2° à 0,5° chaque jour et c'est le soir en général que ce fait l'exacerbation. Cette période de début, véritable phase d'oscillations ascendantes, dure de 1 à 2 septennaires.

Période d'état.

Une fois la typhose constituée, examinons les différents symptômes et les différents appareils, successivement, toujours en nous appuyant sur les différentes observations publiées :

a). — *Troubles digestifs.* — Contrairement aux observations publiées par les élèves de M. Fournier, la *boulimie,* serait exceptionnelle ; dans presque toutes les observations nous trouvons de *l'anorexie* plus ou moins marquée.

La langue, la face interne des joues, le voile du palais, sont d'ordinaire humides, nous ne trouvons pas la langue sèche et rotie qui caractérise la fièvre typhoïde. *La diarrhée est exceptionnelle*, pour la plupart des auteurs, mais pour Carrière : « Souvent

« les matières sont copieuses glaireuses, renferment « des grumeaux, la coloration est ocre et tache le « linge, c'est une diarrhée qui résiste à toute médica- « tion, renfermant des selles biliaires en grande « quantité et du coli-bacille à l'état pur. »

« On n'a jamais remarqué ni d'hémorrhagie ni de « perforation intestinale ».

La rate était augmentée de volume dans les cas de Vergely et Duflocq.

Le foie déborde de un à trois travers de doigt les fausses-côtes.

b) — *Appareil respiratoire.* — *La respiration* est précipitée mais sans présenter de l'irrégularité dans son rythme. *L'épistaxis* est exceptionnel (cas de Vergely). Quant à *la bronchite*, si fréquente dans la fièvre typhoïde, elle est exceptionnelle dans la typhose.

d). — *Appareil circulatoire.* — *Le cœur* résiste mieux à l'infection syphilitique qu'à l'infection éberthienne.

e). — *Système nerveux.* — Les malades couchés leur visage immobile, sans expression, étrangers à tout ce qui se passe autour d'eux répondant avec peine et parfois *délirent*.

La céphalée est très intense, tantôt généralisée, tantôt localisée.

L'insomnie est absolue. Ils éprouvent *des douleurs musculaires* vagues, rhumatoïdes, des névralgies multiples. Souvent ils ont de la *mydriase* et des *bourdonnements* dans les oreilles.

f). — *Examen des urines.*— Les urines sont *rares*,

on trouve de *l'urobiline*, elles sont denses (1025-1030), la *quantité de l'urée* et de l'acide urique est augmentée ; la *perméabilité rénale* est normale.

g).— *Sueurs.* — Dans toutes les observations on trouve des sueurs profuses.

h). — *Taches rosées.* — Pour Carrière, les taches rosées existeraient dans tous les cas. Ces taches ont le même siége que dans la fièvre typhoïde et souvent sont très nombreuses. Ces taches peuvent être confondues avec la roséole et elles sont concomitantes. Mais remarquons que ces taches rosées sont plus petites que celles de la roséole, qu'elles ne durent que fort peu, tandis qu'une roséole, peut durer même des semaines, que ces taches apparaissent du jour au lendemain, la roséole étant progressive. Enfin dans la roséole on trouve sur le pourtour de chaque tache la collerette de Biett.

i).— *Fièvre.*— Une fois arrivée à la période d'état, la fièvre est élevée. La courbe thermique oscille autour de 40° et on l'a vue monter jusqu'à 41° le soir, avec une légère défervescence matutinale.

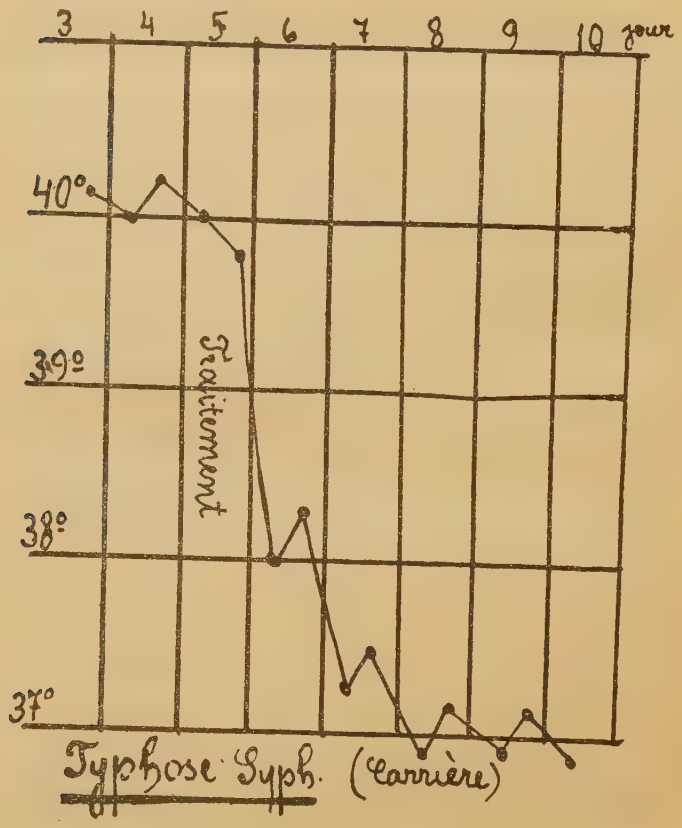
Marche. — Durée. — Terminaison.

La nature du mal étant reconnue par l'apparition de la roséole, on institue le traitement spécifique qui fait ici merveille. Si on regarde les courbes thermiques dans les observations de Carrière nous cons-

tatons que la température tombe du jour au lendemain de 40° à 38°.

Les phénomènes généraux diminuent, la diarrhée persiste encore 3 à 4 jours, le nombre des globules rouges et la teneur en hémoglobine augmentent, de même les urines augmentent.

La durée moyenne de l'affection serait 5 à 10 jours et maximum de 3 semaines.



Pronostic.

Sauf dans le cas rapporté par MM. Hayem et Teissier, la typhose syphilitique a toujours guéri. Mais quel serait le pronostic sans le traitement spécifique ? quel est le pronostic tardif chez un syphilitique qui a présenté cette complication? Nous n'en savons rien.

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique de la typhose syphilitique est très restreinte. Dans toute la littérature médicale nous n'avons trouvé que deux cas : le premier de Hayem et Teissier ; le second de Condamin.

I. — Dans l'observation de MM. Hayem et Teissier il manque cette épreuve clinique, très importante pour nous, c'est-à-dire le séro-diagnostic.

A l'autopsie on trouve des ulcérations du cœcum, ulcérations irrégulières, arrondies, à bords déchiquetés présentant une longueur de 50 milimètres et une largeur de 15 millimètres. On trouve des ulcérations du côlon transverse et une congestion de l'intestin grêle.

Mais s'agit il réellement d'une typhose syphilitique ? ou plutôt d'un tertiarisme précoce ?

II.— Dans l'observation de Condamin (voy. page 27) la laparotomie pratiquée on ne trouva qu'une tuméfaction des ganglions iliaques.

En résumé, pour que l'existence de la typhose syphilitique soit prouvée d'une façon définitive, il reste encore la confirmation anatomo-pathologique.

Diagnostic.

Deux cas peuvent se présenter pour diagnostiquer une typhose syphilitique : 1° Soit que le malade avoue la syphilis ou malgré ses dénégations on trouve des stigmates de vérole et alors le diagnostic n'est pas difficile ; 2° Soit que la syphilis est méconnue et dans ce dernier cas le diagnostic est beaucoup plus difficile. En présence de ce dernier cas il faut penser successivement aux affections suivantes :

α) *La méningite cérébro-spinale.* —Le plus souvent est épidémique, les troubles nerveux sensitifs et moteurs présentent d'autres caractères, enfin la ponction lombaire par l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien vient de trancher le diagnostic.

β) *La Typhose paludéenne.* — Se distingue de la typhose syphilitique par les caractères suivants :

Le malade présente des antécédents de paludisme, la rate est énorme, enfin dans certains cas, il faut rechercher l'hématozoaire.

γ) *La Pyohémie.* — Dans la pyohémie il faut rechercher les abcès métastatiques dans le foie, rate, reins, etc.

δ) *Dans l'endocardite ulcéro-végétante.* — Il faut examiner le cœur.

ε *La granulie.* — Le diagnostic est parfois très difficile. Le plus souvent nous sommes en présence d'un malade qui présente des antécédents tuberculeux ou de la tuberculose pulmonaire.

Le ventre est aplati, la courbe thermique est irrégulière, elle présente souvent des rémissions vespérales.

ζ) *La grippe.* — Le diagnostic de la grippe est basé surtout sur les caractères suivants : la grippe est une affection épidémique présentant au début un catarrhe oculo-nasal et des phénomènes pulmonaires. Il y a absence des taches rosées, enfin le séro-diagnostic est négatif.

η) *La dothiénentérie.* — Le diagnostic entre la fièvre typhoïde et la dothiénentérie étant très important, nous allons insister d'une façon tout à fait particulière : La solution du problème doit être envisagée de deux façons différentes : α) S'agit-il d'une typhose syphilitique proprement dite ou β) d'une syphilitique qui contracte une fièvre typhoïde. Examinons à part chacun de ces deux problèmes.

Dans le premier cas d'une typhose syphilitique

proprement dite le diagnostic est basé sur les caractères suivants :

L'état saburral et humide de la langue chez un sujet qui présente l'aspect d'un typhique doit faire penser à une typhoïde anormale ;

La céphalée est moins violeute dans la fièvre typhoïde que dans la typhose syphilitique ;

L'abondance des éléments éruptifs, leur généralisation doivent faire penser à une typhoïde à allures anormales ;

Dans la fièvre typhoïde il y a hypoleucocythose contrairement à la typthose syphilitique où l'on trouve de l'hyperleucocythose.

Mais toutes ces nuances cliniques ne présentent qu'un intérêt secondaire ; il faut avant tout rechercher le bacille d'Eberth dans les selles et faire le séro-diagnostic de Vidal.

De plus il faut rechercher les signes de la vérole : examiner successivement la bouche et la gorge et les organes génitaux. Il faut aller à la recherche des différentes variétés des syphilides, examiner la peau au point de vue roséole. Examiner les ganglions inguinaux et cervicaux, étudier les arthralgies, ostéalgies, myalgies.

b) Il reste à étudier le deuxième problème c'est-à-dire celui d'un syphilitique qui a contracté une fièvre typhoïde. Le diagnostic positif de la typhose syphilitique est basé : sur le séro-diagnostic, négatif sur l'absence des bacilles d'Eberth dans les selles, enfin sur l'influence du traitement spécifique, traite-

ment mercuriel qui n'a aucune influence dans la fièvre typhoïde, mais comme l'ont montré certains auteurs il paraît empirer l'infection éberthienne.

D) Indications thérapeutiques.

En règle générale tout accident syphilitique est modifié ou guéri par le traitement mercuriel. Un traitement suffisant par frictions ou injections hypodermiques modifie dans 3 à 6 jours des accidents de toutes les périodes.

Ce traitement a la valeur d'une expérience, c'est un véritable traitement d'épreuve.

Nous pouvons donc prendre ce traitement à la fois comme moyen curateur, et comme l'indicateur scientifique de la nature des accidents constatés.

La question des fièvres syphilitiques nous semble donc devoir être résolue dans l'avenir, en se fondant non seulement sur un examen clinique plus précis, mais encore et surtout sur les résultats obtenus par un traitement suffisant.

La liqueur de Van Swieten (1) donne d'excellents résultats quand il s'agit des manifestations de la syphilis banale et dont la gravité n'impose pas

1. Voir L. Brocq. *Presse médicale*, 1901, p. 29.

d'activité particulière dans l'action ; la liqueur de Van Swieten à doses fractionnées (de 4 à 6 cuillerées à café par jour) constitue une méthode excellente à plusieurs points de vue : le dosage exact du composé mercuriel, l'efficacité beaucoup plus grande que la méthode pilulaire, enfin le minimum d'action irritante sur le tube digestif.

Nous réservons les frictions et les injections aux cas qui se présentent avec des accidents généraux ou locaux sérieux ou graves.

Dans une question aussi litigieuse que celle de la fièvre syphilitique nous croyons préférable pour plus de précision et pour la valeur du symptôme de donner la préférence aux injections mercurielles solubles à la dose de 2 à 3 centimètres cubes par jour pendant 3 à 6 jours pour recommencer ensuite.

On pourra s'en prendre dans les cas où la fièvre se rencontre à la seule influence du traitement (c'est la fièvre toxique à la suite des injections mercurielles).

Il est évident qu'il sera impossible de tenir compte dans l'appréciation de la nature de cette fièvre et que seuls peuvent valoir comme fièvre syphilitique ceux où le symptôme fébrile apparaît en même temps que les accidents, et parallèles à eux.

CONCLUSIONS

1° En analysant les observations publiées sous la dénomination de « fièvre syphilitique », il nous a semblé qu'au point de vue rigoureusement scientifique la plupart de ces observations ne peuvent pas constituer des documents bien précis, et que dans le pluralité des cas ils s'agissait de fièvre chez un syphilitique, mais non de fièvre de nature vraiment syphilitique.

2° La proposition de 30 o/o de fièvre syphilitique secondaire donnée par certains auteurs nous paraît excessive.

3° Quand la fièvre syphilitique secondaire existe, elle coïncide toujours avec une manifestation de la période secondaire : la roséole, complications oculaires, etc.

4° Les courbes thermiques prises chez nos malades ne présentent pas un type bien défini. La courbe thermique de la roséole — quand la fièvre existe — ne présente pas les trois périodes décrites par certains auteurs. Cette courbe thermique est quelconque.

5° Si l'influence du traitement se montre le plus

souvent nulle, c'est qu'il s'adresse à des cas de fièvre chez des syphilitiques, mais non à des cas de fièvre syphilitique idiopathique.

6° Il ne saurait y avoir de différence de nature entre la fièvre syphilitique idiopathique et la fièvre syphilitique symptomatique, puisque toutes deux sont les symptômes de la même infection spécifique. Le fait que la fièvre peut se produire au cours d'accidents syphilitiques de toute espèce, n'implique pas que les réactions générales de l'organisme se traduisant par la fièvre, soient différentes de la réaction qui pourrait se produire en l'absence de tout symptôme concomitant.

7° L'examen des différentes observations publiées sous la dénomination de fièvre syphilitique, diathésique nous montre que cette fièvre chez un syphilitique à la période secondaire est due le plus souvent à une autre affection intercurrente. Aucune de ces observations ne nous renseigne sur l'état génital, ni sur l'état des viscères, etc.

8° Dans nos recherches personnelles (sur 182 cas observés), nous n'avons pas trouvé un seul cas de fièvre syphilitique « *sine materia*, tenant à la diathèse » ; mais nous pensons qu'il peut en exister.

Si la fréquence de cette fièvre dite syphilitique est plus grande chez la femme que chez l'homme, cela paraît être dû à ce que chez elle, les complications dues à la blennorrhagie aiguë à des suppurations pelviennes de nature indéterminée, à la constipation,

au surmenage, etc., sont plus fréquentes, que chez l'homme.

9° Pour la typhose syphilitique.

α) Cette forme clinique aparaît très rarement.

β) On ne doit affirmer l'existence de la typhose syphilitique, qu'après avoir fait le séro-diagnostic et l'avoir trouvé positif à une dilution équivalant au moins à 1/400.

γ) L'influence du traitement spécifique est très nette.

10° La fièvre syphilitique décrite par les accoucheurs reste à démontrer par des observations plus probantes.

Vu le : Président de la thèse,
DIEULAFOY

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ahleman. — Th. de Greisfswald, 1875.

Andronico. — Febra sifilitica. Speriment. de Firenze, 1876, p. 628.

Antonini. — Th. de Paris, 1876.

Bassereau. — Traité des affections de la peau. Paris, 1832.

Basset-Smith. — Lancet, London, 1900, II, p. 1803.

Barduzzi. — Sul ipertermia sifilitica.

— Bull. de sc. med. de Siena, 1887, p. 863.

Bouchard. — Les doctrines act. de la fièvre. Sem. méd., 1880.

Brocq L. — Presse médic., 1901, avril. Traitement de la syphilis.

— Presse médic., 1902, n° 2, p. 15. Concept. génér. des dermatoses.

Bournoville. — Thèse de Lille, 1901. (La typhose syphilitique).

Bucquoy. — Revue de thérap. médico-chir., 1879, p. 253 et 359.

— Gaz. des hôpit., 1879, p. 843.

Brenner. — Nord medic. archiv., 1875, n° 30.

Carrière. — La typhose syphil. Gaz. des hôpit, 1901.

Carthy (Mac).— Thèse de Paris, 1847.

Castelneau (de). — Annales de dermat., 1845.

Charcot et Richer. — Les syphilitiques dans l'art.

Charpentier. — Traité d'accouchements.

Condamin. — Lyon médical, 1900.

Courteaux. — Thèse de Paris, 1871. Sur la fièvre syphilitique.

Courtois-Suffit. — Syph. intestinale dans le Traité de médecine Bouchard-Brissaud.

Combes. — Th. de Paris, 1887.

Dehoux. — Sur un cas de fièvre syphil. Trib. méd., 1883, p. 292.

Dieulafoy. — Trib. médic., 1901. Leç. cliniques, p. 245, 247.

Duflocq. — Cour. médic., 1883, p. 424.

— France médic., 1883, p. 363.

Duhring (Von). — Syphilis Trad. Derville, p. 97, 1898.

Etienne. — Fièvre typh. dans le cours de la syphilis. Arch. génér. de méd., Paris 1900. p. 289.

Faisans. — Gaz. médic. des hôpitaux, 1893.

Farriola. — Revue des sc. médic. de Barcel., 188[illegible].

Fergusson. — Journ. vener. diseases, 1884.

Fournier. — Leçons cliniques.

— Traité de la syphilis.

— Traitement de la syphilis.

— Facteurs de gravité de la syphilis dans : Semaine médic., 1886, p. 225, Gaz. des hôpit., 1886, p. 486-510.

Guntz. — Varge's Zeitschr. Neue Folge, 1863, II et III, p. 123.

Haygarth. — Med. u. Phis. Journ., 1860.

Hunter. — A Treatese on the vener. diseas, 1786 Trad. Richelot. Notes de Ph. Ricord.

Hutchinson. — Med. Times and, Gaz. 1876. p. 123.

Ignold. — Th. de Paris, 1865.

Lancereaux. — Traité de la syphilis.

Leblond. — Bull. méd. 1890.

Milian. — Trib. médec. 1903, p. 341, 8 nov.

Morin. — Th. de Paris, 1888.

Mustapha-Taid. — Th. de Paris, 1875

Neumann (Prof.). — La syphilis.

Pernin. — Th. de Paris, 1877.

Petrowski. — Wratch. 1881.

Philips. — Br. med. Soc. London, 1888.

Potain. — Gaz. des hôp., 1878, p. 961.

Ravaut. — Ann. de dermat, juillet 1903.

Sansalo. — Paral. entre la infect. sifilit. y paludica. Med. mil. espan. Madrid, 1900. XIII.

Schusler. — Complic. fébr. de la syph. Arch. f. dermat. 1873.

Thibierge. — Article Syphilis dans le Traité de méd. Bouchard Brissaûd.

Vajda. — Ueber das syph. fieber. Vrtljsch, f. Dermat. 1875.

Vialaneix. — Thèse de Paris, 1889.

Villiams. — Lancet. London, 1900 II, p. 1803.

Imprimerie de la Faculté de Médecine. H. Jouve, 15, rue Racine, Paris.